

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	σελ 2
Σύντομη ιστορική αναδρομή.....	σελ.4
Ανάλυση των μεταρρυθμίσεων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης	
Το σύστημα Bismarck.....	σελ.9
Το σύστημα Beveridge	σελ.13
Η ‘μεικτή’ ομάδα χωρών	σελ.14
Σύνοψη των μεταρρυθμίσεων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης	σελ.22
Προτεραιότητες στα συστήματα υγείας	
Όρεγκον	σελ.23
Ολλανδία	σελ.28
Νέα Ζηλανδία	σελ.32
Γερμανία	σελ.34
Ισπανία.....	σελ.35
Ηνωμένο Βασίλειο	σελ.36
Νορβηγία.....	σελ.38
Σουηδία	σελ.39
Φινλανδία.....	σελ.40
Μέθοδοι που χρησιμοποιούν οι χώρες στο θέμα των προτεραιοτήτων των υπηρεσιών Υγείας	
Ηθικές αξίες	σελ.41
Ηλικία και τρόπος ζωής	σελ.42
Λίστες Αναμονής	σελ.43
Αποκλεισμός υπηρεσιών από την λίστα προτεραιοτήτων	σελ.44
Κατευθυντήριες γραμμές	σελ.44
Σύνοψη.....	σελ.46
Το ελληνικό σύστημα υγείας.....	σελ.48

Η κοινή γνώμη για την υγεία

Πολίτες και συστήματα υγείας σελ.55

Γιατροί και προληπτική ιατρική σελ.63

Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείαςσελ.66

Ο ρόλος της διατροφής

Ιστορία της διατροφής σελ.68

Η σημασία της διατροφής..... σελ.70

Διατροφική αξιολόγηση..... σελ.89

Διατροφική αγωγή σελ.91

Ετικέτες τροφίμων σελ.93

Τμήμα Διατροφής νοσοκομειακής μονάδας σελ.95

Σύνοψη – Συμπεράσματα σελ.102

Βιβλιογραφία σελ.107

Εισαγωγή

Η καταπολέμηση της αρρώστιας και η προστασία της υγείας ήταν πάντοτε στο επίκεντρο της ανθρώπινης δραστηριότητας. Καθώς η ανθρωπότητα κατακτούσε ολοένα και ανώτερο επίπεδο κοινωνικής οργάνωσης, η ιατρική και οι υπηρεσίες υγείας ακολουθούσαν ανάλογη πορεία, από τις πρωτόγονες μορφές της προϊστορικής περιόδου ως τις σημερινές πολυσύνθετες, επιστημονικά και τεχνολογικά ιατρικές υπηρεσίες.

Σημαντικό ρόλο στην ιστορική εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας έπαιξε και η κοινωνική ασφάλιση, που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά σε εθνικό επίπεδο το 1883 στη Γερμανία. Η διοχέτευση δημόσιων πόρων στην περίθαλψη έδωσε τη δυνατότητα να γίνουν σημαντικές επενδύσεις στην έρευνα, την τεχνολογία και την υποδομή, με αποτέλεσμα ο ιατροφαρμακευτικός τομέας να εξελιχθεί σε δυναμικό κομμάτι της οικονομικής ανάπτυξης.

Οι υπηρεσίες υγείας στη σύγχρονη εποχή καλύπτουν ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων. Υπηρεσίες όπως το νοσοκομείο, το κέντρο υγείας, το ιδιωτικό ιατρείο, το οδοντιατρείο, το φαρμακείο, κ.ά., δεν αποσκοπούν μόνο στη θεραπεία της αρρώστιας, αλλά και στην πρόληψη, καθώς και στην ιατροκοινωνική φροντίδα.

Ο αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας και η διεύρυνση των στόχων τους δεν οφείλεται μόνο στο σύγχρονο ορισμό της υγείας, που περιλαμβάνει την έννοια της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Η αναγνώριση του σημαντικού ρόλου που διαδραματίζουν το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον και η ανθρώπινη συμπεριφορά στην πρόκληση της αρρώστιας ανέδειξε τη σημασία της πρόληψης, ενώ το αίτημα για πιο ολοκληρωμένη περίθαλψη οδήγησε στην ανάπτυξη της ιατροκοινωνικής φροντίδας, ιδιαίτερα για τις πλέον ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, όπως είναι τα παιδιά, οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με ειδικές ανάγκες.

Έτσι, ενώ στη μεγαλύτερη διάρκεια του 20ού αιώνα οι υπηρεσίες υγείας ήταν ταυτισμένες με την ιατρική και η ιατρική με το νοσοκομείο, τα τελευταία 20-30 έτη έχουν καταβληθεί σε όλον τον κόσμο συστηματικές προσπάθειες για την ανάπτυξη εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, για την αναβάθμιση της πρόληψης και της προαγωγής υγείας, για τη διαμόρφωση ιατροκοινωνικών προγραμμάτων, για την εκπαίδευση νέων επαγγελματιών υγείας, ικανών να στελεχώσουν τις καινούργιες αυτές υπηρεσίες. Η ανάπτυξη σύγχρονων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών ενισχύθηκε και από την ανάγκη περιορισμού της νοσοκομειακής περίθαλψης προκειμένου να συγκρατηθούν οι ραγδαίως αυξανόμενες νοσοκομειακές δαπάνες.

Κάθε σύστημα υγείας διαμορφώνεται σε συγκεκριμένο ιστορικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Με το πέρασμα του χρόνου, τα συστήματα υγείας εξελίσσονται και αλλάζουν, άλλοτε με μοχλό τις επιλογές του κράτους και της πολιτικής εξουσίας και άλλοτε κάτω από την επίδραση κοινωνικών διεργασιών και επιστημονικών-τεχνολογικών επιτευγμάτων. Γι' αυτό, άλλωστε, σε κάθε εποχή υπάρχουν διαφορετικά συστήματα υγείας, που αντιστοιχούν στις ιδιαιτερότητες της κάθε χώρας.

Όλες αυτές οι καινούργιες υπηρεσίες υγείας μαζί με τις παλιές συγκροτούν τα σύγχρονα συστήματα υγείας. Κάθε σύστημα υγείας αποτελεί οργανωμένο σύνολο επιμέρους υπηρεσιών υγείας, που συνεργάζονται με σκοπό την προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Με βάση τον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, διακρίνονται τρεις βασικές μορφές συστημάτων υγείας: *το ιδιωτικό ή φιλελεύθερο, το κρατικό ή δημόσιο και το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης.*

Το **ιδιωτικό σύστημα** λειτουργεί σε αντιστοιχία με τις δυνάμεις της αγοράς και με τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση. Βασίζεται στην πλήρη ελευθερία ιατρών και ασθενών, που δρουν ως παραγωγοί και καταναλωτές ιατρικών προϊόντων. Το σύστημα εξασφαλίζει θεωρητικά στον καταναλωτή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του ιατρού και στον ιατρό το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και του καθορισμού του ύψους της αμοιβής του. Οι υπηρεσίες υγείας ανήκουν κατά κανόνα σε ιδιώτες που ασκούν επιχειρηματική δραστηριότητα. Τα βασικά πλεονεκτήματα του ιδιωτικού συστήματος αφορούν την ελευθερία του ασθενή και του ιατρού, καθώς και τη διασφάλιση υψηλής ποιότητας μέσω του ανταγωνισμού. Στα μειονεκτήματα του συμπεριλαμβάνεται η ύπαρξη σημαντικών κοινωνικών ανισοτήτων, η αυξημένη προσφορά και ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών και, επομένως, οι μεγάλες δαπάνες υγείας.

Το **κρατικό σύστημα**, χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και αποσκοπεί στην ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας όλου του πληθυσμού. Οι ιατρικές υπηρεσίες αποτελούν αρμοδιότητα κυρίως του κράτους και οι ιατροί είναι κατά κανόνα έμμισθοι υπάλληλοι του συστήματος. Η ιδιωτική ιατρική δεν είναι συνήθως απαγορευμένη, αλλά ασκείται περιθωριακά. Τα κρατικά συστήματα πλεονεκτούν ως προς την ισότιμη και καθολική κάλυψη, την ύπαρξη κεντρικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, τον έλεγχο των δαπανών και την έμφαση στη δημόσια υγεία και πρόληψη. Στα μειονεκτήματα τους περιλαμβάνεται η ανάπτυξη γραφειοκρατίας, η ανεπαρκής διαχείριση, η χαμηλή παραγωγικότητα, η ύπαρξη παραοικονομίας, η υποβάθμιση της σχέσης ασθενή-ιατρού.

Η τρίτη κατηγορία, των *συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης*, στηρίζεται στην ύπαρξη πολλών διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων, τα οποία χρηματοδοτούν το σύστημα μέσω εισφορών των εργοδοτών και των εργαζομένων (μοντέλο Bismark). Εφαρμογές αυτών των μοντέλων συναντώνται σε χώρες όπως η Γερμανία και η Γαλλία. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης είναι αντίστοιχα με αυτά των κρατικών συστημάτων, μόνο που συνήθως εμφανίζονται με πιο ήπια μορφή.

Με το πέρασμα των δεκαετιών, αυξάνεται η γνώση για την σχέση που υπάρχει μεταξύ διατροφής και υγείας. Το γεγονός αυτό κέντρισε το ενδιαφέρον των επιστημόνων, οι οποίοι έχοντας πλέον αποδεικτικά στοιχεία ότι η διατροφή σχετίζεται με έναν αρκετά μεγάλο αριθμό χρόνιων παθήσεων, αποφάσισαν να καθιερώσουν ορισμένους διαιτητικούς κανόνες-πρότυπα έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ένα ικανοποιητικό διατροφικό επίπεδο. Κλινικές και πειραματικές έρευνες, ενοχοποιούν διατροφικούς παράγοντες για μεγάλο μέρος του σύγχρονου νοσολογικού φάσματος των αναπτυγμένων χωρών. Η διατροφή σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες του τρόπου ζωής, σχετίζεται με αρκετά διαδεδομένες ασθένειες όπως είναι η παχυσαρκία, ο διαβήτης, ορισμένες μορφές καρκίνου και καρδιαγγειακές παθήσεις. Η αντιμετώπιση αυτών των ασθενειών μέσω θεραπείας έχει ως αποτέλεσμα την κατανάλωση σημαντικού ποσοστού των χρηματικών πόρων του συστήματος υγείας. Σήμερα, οι διατροφικές συστάσεις επικεντρώνονται στην πρόληψη χρόνιων παθήσεων όπως π.χ. ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτης κ.α. Προς αυτήν την κατεύθυνση συμβάλλουν οι διαιτητικοί στόχοι και κανόνες οι οποίοι αναπτύσσονται σε αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Σύντομη ιστορική αναδρομή

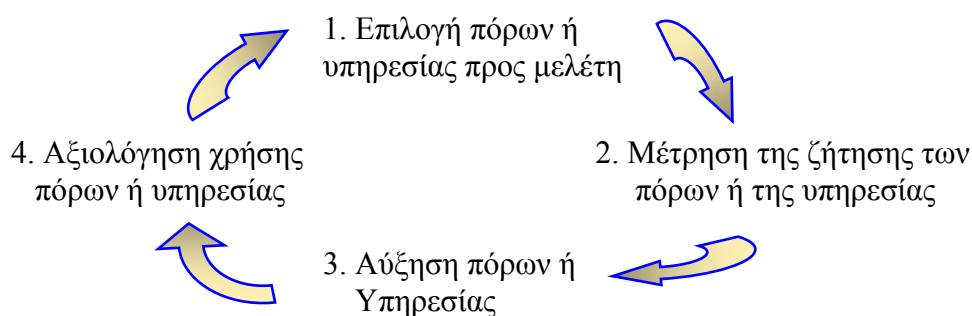
Η εξέλιξη των υπηρεσιών της υγείας ακολουθεί την εξέλιξη της ανθρώπινης ιστορίας. Η καταπολέμηση της αρρώστιας και η προστασία της υγείας ήταν πάντοτε στο επίκεντρο της ανθρώπινης δραστηριότητας. Τελικά από την σύλληψη της αρχικής ιδέας της προώθησης της υγείας μέχρι σήμερα έχει γίνει κατανοητό πως οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όλους τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία και πως τελικά η προαγωγή της υγείας γίνεται πραγματικότητα μέσω της εμπλοκής πολλών φορέων όπως είναι το σχολείο, η βιομηχανία, η οικογένεια, ο εργασιακός χώρος, οι κοινωνικές και ιατρικές υπηρεσίες και η κοινότητα και όχι μόνο μέσα στα στενά πλαίσια παροχής υπηρεσιών υγείας.

Από το 1945 μέχρι το 1970 η εξέλιξη της τεχνολογίας ήταν ραγδαία. Αυτή η τεχνολογική εξέλιξη επηρέασε και το χώρο της υγείας με αποτέλεσμα τη δημιουργία νοσοκομείων με υψηλής ποιότητας τεχνολογικό εξοπλισμό προκειμένου να αντιμετωπιστούν με επιτυχία τα διάφορα νοσήματα. Αποτέλεσμα αυτών των εξελίξεων στην διάρκεια αυτών των δύο δεκαετιών ήταν να γίνεται προσπάθεια από τους επιστήμονες της υγείας καθώς και από τις κυβερνήσεις των χωρών να αυξηθεί η χρήση των ιατρικών υπηρεσιών (ακτινογραφίες θώρακα, ετήσιο γενικό προσυμπτωματικό /προληπτικό έλεγχο). Με άλλα λόγια δόθηκε έμφαση στην ενημέρωση του πολίτη για τις εξελιγμένες τεχνολογικά ιατρικές υπηρεσίες, με στόχο την ευαισθητοποίηση του στην συχνή χρήση αυτών για την έγκαιρη διάγνωση ή αντιμετώπιση των διαφόρων νοσημάτων. Αυτό είχε σαν συνέπεια οι συλλογικές κοινωνικές επιλογές που διαμορφώνουν εμμέσως και ως ένα βαθμό και τις αποφάσεις αυτών που χαράσσουν την πολιτική της υγείας να προσανατολίζονται όλο και περισσότερο σε ιατρικές εξετάσεις και τις αντίστοιχες αναγκαίες υποδομές παραγνωρίζοντας τα μέτρα και τις διαδικασίες που στοιχειοθετούν ουσιαστικά την πρόληψη και προασπίζουν την υγεία.. Το τελικό αποτέλεσμα αυτής της λανθασμένης προσέγγισης ήταν η αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας και χρήση αυτής της υποδομής χωρίς να υπάρχει κάποιο ουσιαστικό ιατρικό πρόβλημα.

Κάθε οργανωμένη υπηρεσία υγείας πρέπει να σχεδιάζεται προσεκτικά, προκειμένου να μπορεί να εκπληρώνει αποτελεσματικά την αποστολή της, δηλαδή να συμβάλει θετικά στην πρόληψη ή αποκατάσταση της υγείας. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει την συστηματική εκτίμηση των αναγκών υγείας ενός πληθυσμού, την κάλυψη των αναγκών αυτών, και τον υπολογισμό των απαραίτητων πόρων για την καλύτερη δυνατή πρόληψη ή επίλυση του προβλήματος. Στη διάρκεια 1945-1970 ο σχεδιασμός των ιατρικών υπηρεσιών

περιοριζόταν μόνο στην εκτίμηση της ζήτησης που είχε μια συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας παραμερίζοντας τις πραγματικές ιατρικές ανάγκες του πληθυσμού. Το σχήμα που ακολουθεί δείχνει παραστατικά τον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας στη διάρκεια 1945-70 που βασιζόταν στην ζήτηση που είχαν οι ιατρικές υπηρεσίες, παραβλέποντας τις συνολικές ανάγκες υγείας πρόληψης του πληθυσμού. Εδώ φαίνεται καθαρά πως αυτός ο τρόπος σχεδιασμού προώθησης της δημόσιας υγείας δημιουργεί αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας χωρίς να υπάρχει αντίστοιχα πραγματική ανάγκη, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και κακή διαχείριση των πόρων, ελλιπής πρόληψη, άστοχη ιεράρχηση των αναγκών, χωρίς να επιτυγχάνει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για την προαγωγή της Υγείας.

Σχήμα 1. Κύκλος σχεδιασμού βάσει πόρων



Έτσι μέχρι το 1970 οι υπηρεσίες υγείας ήταν ταυτισμένες με την ιατρική και η ιατρική με το νοσοκομείο, δηλαδή είχε δοθεί έμφαση στην τριτοβάθμια περίθαλψη. Γύρω στο 1973 έγινε προσπάθεια για την αναβάθμιση της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας προκειμένου να περιοριστούν οι ραγδαίως αυξανόμενες νοσοκομειακές δαπάνες που ήταν αποτέλεσμα της αυξημένης ζήτησης υπηρεσιών υγείας χωρίς να υπάρχει πραγματικό ιατρικό πρόβλημα. Μάλιστα οι ειδικοί στα θέματα της υγείας θεωρούν το 1974 χρονολογία ορόσημο στην προσπάθεια πρόληψης και προώθησης της υγείας διότι είναι η πρώτη φορά στην ιστορία της δημόσιας υγείας που δημιουργείται επίσημο νομοθετικό πλαίσιο για την προαγωγή της. Το 1974 στον Καναδά εκδόθηκε μια σειρά καινούριων αρχών για την προαγωγή της υγείας. Οι παραπάνω διαδικασίες οδήγησαν τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) στη δημιουργία ενός προγράμματος γνωστό ως «Υγιής Πληθυσμός 2000», που στοχεύει στην πρόληψη των ασθενειών και την προώθηση της υγείας του

πληθυσμού Αυτή την χρονική περίοδο λοιπόν οι κυβερνήσεις των Η.Π.Α. και οι διάφοροι οργανισμοί υγείας αναπτύσσουν εκπαιδευτικές διαδικασίες που στοχεύουν

-  Στην ενημέρωση των πολιτών για την πρόληψη διαφόρων ασθενειών
-  Στην ενημέρωση των πολιτών για σωστή χρήση των υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν πότε ένα πρόβλημα υγείας είναι σοβαρό και χρήζει ιατρικής παρακολούθησης
-  Στην εκπαίδευση τους ώστε να είναι σε θέση να μπορούν μόνοι τους να αντιμετωπίσουν ένα απλό καθημερινό πρόβλημα υγείας χωρίς να χρειάζεται να επιβαρύνουν το σύστημα υγείας.

Οπότε από το 1970 και μετά που δόθηκε έμφαση στην έννοια της πρόληψης των διαφόρων νοσημάτων οι υπηρεσίες υγείας ταξινομούνται σε τρία επίπεδα: το πρωτοβάθμιο επίπεδο, το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο επίπεδο.

- **Το πρωτοβάθμιο επίπεδο υγείας** περιλαμβάνει τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας της υγείας (πολυιατρείο, κέντρο υγείας, γενικός ιατρός). Αυτές οι υπηρεσίες αφορούν τόσο τον υγιή όσο και τον μη υγιή πληθυσμό και στοχεύουν στη θεραπεία, την πρόληψη και την φροντίδα για κάθε περίπτωση που δεν απαιτείται η νοσηλεία στο νοσοκομείο. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνεται και η αυτοφροντίδα.
- **Το δευτεροβάθμιο επίπεδο υγείας** περιλαμβάνει τη νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται από τοπικά μικρού ή μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία. Στα νοσοκομεία αυτά υπάρχουν συνήθως οι βασικές ειδικότητες (παθολογία, χειρουργική, παιδιατρική, γυναικολογία) και τα βασικά εργαστήρια (микροβιολογικό, ακτινολογικό)
- **Το τριτοβάθμιο επίπεδο υγείας** περιλαμβάνει την νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται από μεγάλα γενικά νοσοκομεία. Η ύπαρξη στα νοσοκομεία αυτά όλων των ειδικοτήτων καθώς και η δυνατότητα κάλυψης κάθε εξειδικευμένης ανάγκης καθιστά εφικτή την αντιμετώπιση οποιουδήποτε ιατρικού προβλήματος.

Η σωστή οργάνωση ενός συστήματος υγείας προϋποθέτει τη λειτουργική διασύνδεση και των τριών επιπέδων. Η λειτουργική διασύνδεση επιτρέπει την καλύτερη ιατρική αντιμετώπιση του ασθενή αυξάνοντας την ικανοποίηση του και περιορίζοντας ταυτόχρονα το χρόνο και τις δαπάνες περίθαλψης.

Μέσα στα πλαίσια αυτής της λειτουργικής διασύνδεσης των τριών επιπέδων υγείας, αρχίζει να διαμορφώνεται ένα νέο μοντέλο σχεδιασμού υπηρεσιών υγείας και πρόληψης βασισμένο στις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Τα στάδια του καινούριου μοντέλου είναι τα εξής :

1° στάδιο: σε αυτό το στάδιο γίνεται ο εντοπισμός του πληθυσμού στόχου και η εκτίμηση των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού που θα κάνει χρήση των υπηρεσιών υγείας.

2° στάδιο: σε αυτό το στάδιο γίνεται η αναγνώριση των αιτιών που δημιουργούν τις ανάγκες υγείας που αναφέρθηκαν στο προηγούμενο στάδιο. Το 1986 στο 1° Διεθνές Συνέδριο Προώθησης της Δημόσιας Υγείας που πραγματοποιήθηκε στην Οττάβα του Καναδά αποφασίστηκε πως τα προγράμματα και οι στρατηγικές προώθησης της υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους όχι μόνο τους άμεσους παράγοντες που απειλούν την υγεία των πληθυσμών (πχ κατάχρηση αλκοόλ με αποτέλεσμα αύξηση τροχαίων ατυχημάτων) αλλά και τους παράγοντες εκείνους που είναι δυνατόν μακροπρόθεσμα να δημιουργήσουν προβλήματα υγείας (πχ κακή διατροφή και μειωμένη φυσική δραστηριότητα με αποτέλεσμα μετά από κάποιες δεκαετίες την εμφάνιση καρδιαγγειακών προβλημάτων). Ακόμη σε αυτό το στάδιο γίνεται συλλογή πληροφοριών που δείχνουν τα ποσοστά εμφάνισης διαφόρων νοσημάτων και τέλος γίνεται κατηγοριοποίηση των νοσημάτων και θέτονται προτεραιότητες στην προσπάθεια επίλυσης τους.

3° στάδιο: σε αυτό το στάδιο γίνεται ο σχεδιασμός της στρατηγικής που θα τεθεί σε εφαρμογή για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου που εντοπίστηκαν στα δύο προηγούμενα στάδια.

4° στάδιο: σε αυτό το στάδιο θα γίνει η αξιολόγηση της εφαρμογής του προγράμματος και η επανεκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού-στόχου και τέλος ο επανασχεδιασμός του προγράμματος για την συνεχή προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Ανάλυση των μεταρρυθμίσεων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Στην ενότητα αυτή περιγράφονται και αναλύονται οι μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας στα 15 κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καταναμημένα σε 3 ομάδες ανάλογα με τον τύπο του συστήματος (Bismarck, Beveridge, mixed).

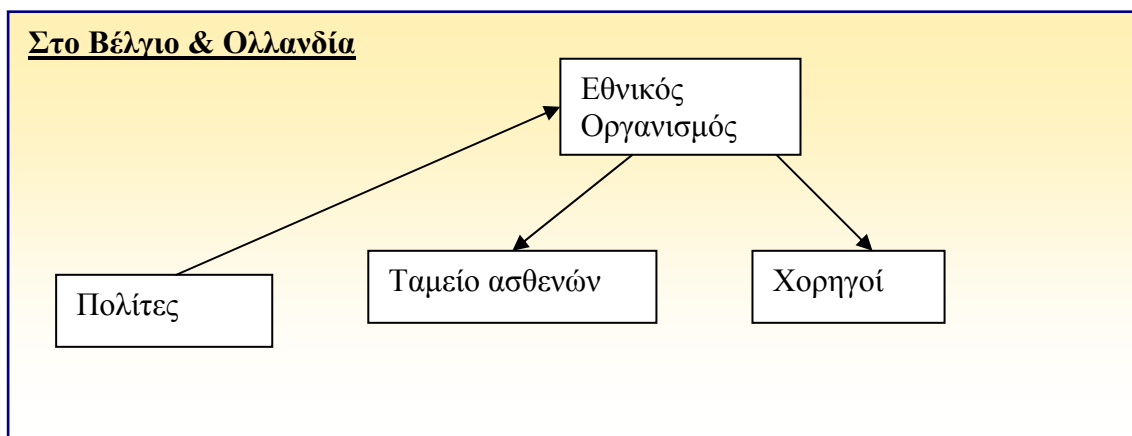
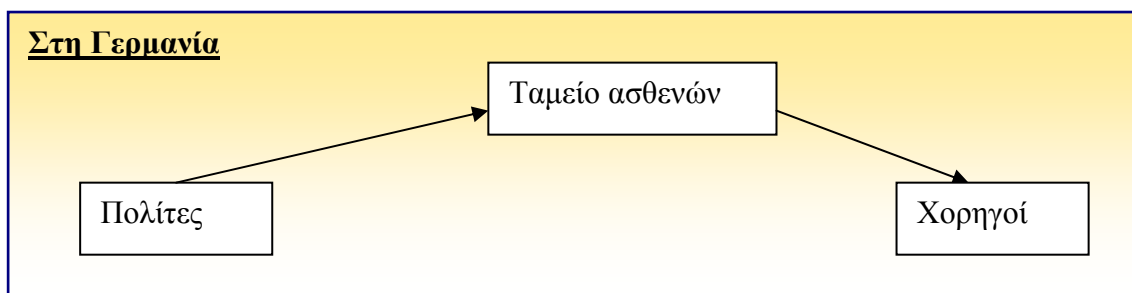
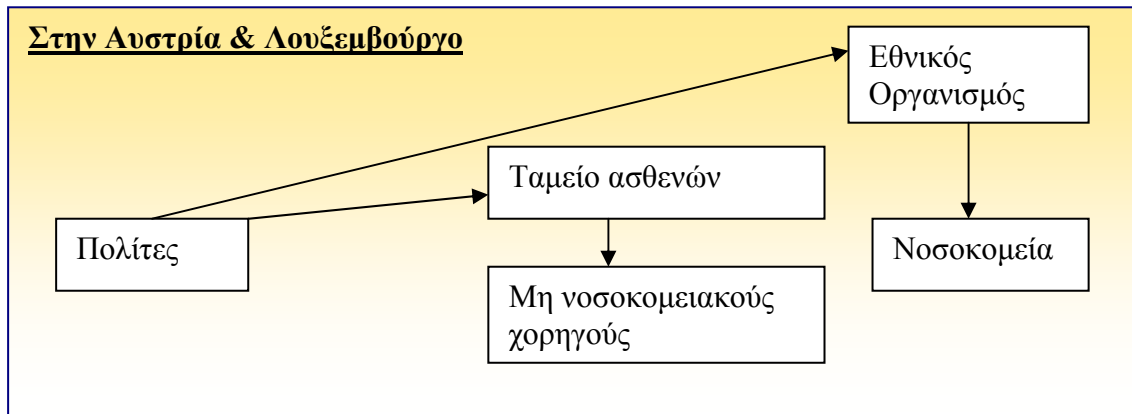
Το σύστημα Bismarck

Το κλασσικό σύστημα Bismarck, διαθέτει μια ποικιλία ημι-δημόσιων πληρωτών. Το ‘δημόσιο’ χρήμα, χρησιμοποιείται για να πληρώνει τις περισσότερες υπηρεσίες υγείας. Ο διαχωρισμός αγοραστή / προμηθευτή, προχρονολογεί την εισαγωγή των δυνάμεων αγοράς. Τα θέματα-κλειδιά για μεταρρυθμίσεις στα συστήματα Bismarck ήταν : ο έλεγχος κόστους, η αμεροληψία και η πρόληψη.

Οι 5 χώρες με συστήματα Bismarck – Αυστρία, Βέλγιο, Γερμανία, Λουξεμβούργο και η Ολλανδία – διευθετούν την ασφάλιση με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους. Στην Αυστρία και στο Λουξεμβούργο, υπάρχει γενική κάλυψη μέσα από ένα σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης. Το ίδιο ισχύει και στο Βέλγιο με υποχρεωτικό σύστημα δύο όμως κατευθύνσεων, για τους εργαζόμενους (με μεγαλύτερο πακέτο παροχών) και για τους αυτοαπασχολούμενους (για επείγουσες καταστάσεις μόνο). Στη Γερμανία, υπάρχουν τρεις ομάδες: το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού είναι υποχρεωτικά ασφαλισμένο, ένα μικρό ποσοστό έχει αποκλειστεί νόμιμα, και τέλος υπάρχει και μια τρίτη ομάδα, κυρίως εργαζόμενοι με εισόδημα περίπου στο όριο με αποτέλεσμα να έχουν την ευκαιρία να διαλέξουν μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης. Στην Ολλανδία υπάρχει γενική κάλυψη με δύο όμως συνιστώσες. Η πρώτη συνιστώσα, είναι για επείγουσες καταστάσεις. Η δεύτερη συνιστώσα είναι ένα σύστημα με σαφή διαχωρισμό, ανάμεσα στην δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση, όπου δεν υφίσταται η επιλογή του πολίτη. Για το πώς θα κατανεμηθούν οι πολίτες εξαρτάται αποκλειστικά από το εισόδημα τους.

Η ιατρική περίθαλψη αποτελείται από την δημόσια, την ιδιωτική, και τις μη κερδοσκοπικές ιατρικές υπηρεσίες. Σε όλες τις περιπτώσεις, ο προμηθευτής διαχωρίζεται από τον αγοραστή. Τα νοσοκομεία στην Αυστρία, και στην Γερμανία είναι κυρίως δημόσια, με τα ιδιωτικά και τα μη κερδοσκοπικά να έρχονται σε δεύτερη μοίρα. Στο Βέλγιο, στο Λουξεμβούργο και στην Ολλανδία, τα νοσοκομεία είναι κυρίως ιδιωτικά. Και στις πέντε χώρες, χρησιμοποιούνται τα ταμεία ασθενών ως άμεσοι προμηθευτές. Σε όλες τις χώρες, εκτός από τη Γερμανία, οι διαθέσιμοι

χρηματικοί πόροι ενισχύονται από έναν εθνικό συντονιστικό οργανισμό. Ο οργανισμός αυτός, στο Βέλγιο, στο Λουξεμβούργο και στην Ολλανδία, συλλέγει και κατανέμει τις εισφορές, ενώ στην Αυστρία και στο Λουξεμβούργο, πληρώνει τα νοσοκομεία. Συνεπώς, τα ταμεία ασθενών, πληρώνουν τους παροχείς σε όλες τις χώρες, εκτός από την νοσοκομειακή περίθαλψη στην Αυστρία και στο Λουξεμβούργο.



Σε όλες τις χώρες, υπάρχει νόμιμα, ένα πάγιο πακέτο παροχών, αν και δεν έχει ακόμη προσδιοριστεί επακριβώς. Αλλαγές στο νόμιμο προσδιορισμό των παροχών έχουν αναγγελθεί στην Γερμανία και στην Ολλανδία. Στη Γερμανία, οι οδοντιατρικές επεμβάσεις και οι τεχνητές οδοντοστοιχίες αποκλείστηκαν για ορισμένους πολίτες, από το 1997. Το μέτρο όμως αυτό αναστράφηκε στο τέλος του 1998. Στην Ολλανδία, η φυσιοθεραπεία και η οδοντιατρική φροντίδα, αποκλείστηκαν από το πακέτο παροχών για διαφορετικούς λόγους η καθεμία. Η εργοληψία μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών, αποτελεί πατροπαράδοτο γνώρισμα των συστημάτων Bismarck, και όχι χαρακτηριστικό της πρόσφατης εισαγωγής των δυνάμεων αγοράς. Στο Βέλγιο και στο Λουξεμβούργο, οι παροχές καθορίζονται από την κυβέρνηση, ενώ στη Γερμανία, οι λεπτομέρειες του πακέτου παροχών διαπραγματεύονται, σε ομοσπονδιακό επίπεδο, από οργανισμούς προμηθευτών και χορηγών, ενώ τα ζητήματα αποπληρωμών, καθορίζονται σε τοπική βάση.

Οι μεταρρυθμίσεις στην ομάδα Bismarck, περιλαμβάνουν περιορισμούς στους αυξανόμενους ρυθμούς των δαπανών, την εισαγωγή κονδυλίων για όλους τους ιατρικούς κλάδους, και την προσμέτρηση των ιατρικών υπηρεσιών στον προϋπολογισμό των νοσοκομείων. Στο πεδίο των φαρμακοβιομηχανιών, οι μεταρρυθμίσεις είχαν ως αποτέλεσμα να οριστούν ενδεικτικές τιμές και να μειωθούν οι τιμές των φαρμάκων τείνοντας να πλησιάσουν την μέση τιμή των αντίστοιχων φαρμάκων στη διεθνή αγορά. Οι περισσότερες από αυτές τις αλλαγές, προήλθαν από ρυθμιστικές και κοστολογικές αναγκαιότητες και όχι από τις δυνάμεις αγοράς. Ωστόσο, οι αλλαγές αυτές παρότρυναν τους προμηθευτές να είναι πιο αποτελεσματικοί και περισσότερο οικονομικοί.

Μεταρρυθμίσεις- Κλειδιά στις χώρες Bismarck

Χώρα	Κύριοι τύποι μεταρρυθμίσεων
Γερμανία	• Ταμείο ασθενειών, • (Περιορισμένος) ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών για συμβάσεις στο μέλλον
Βέλγιο	• Ταμείο ασθενειών, • Μικρές αλλαγές στην αποπληρωμή των προμηθευτών
Ολλανδία	• Μικρός ανταγωνισμός μεταξύ των προμηθευτών, • Επανακαθορισμός των απαραίτητων υπηρεσιών υγείας
Λουξεμβούργο	• Καμία αλλαγή
Αυστρία	• Τροποποιήσεις στις επιχορηγήσεις των νοσοκομείων

Το σύστημα Beveridge

Στο σύστημα Beveridge ο άξονας – κλειδί για μεταρρύθμιση ήταν η σύσταση για διαχωρισμό μεταξύ αγοραστή και προμηθευτή. Ωστόσο, οι όροι αγοραστή και προμηθευτής μπορεί να συνώνυμοι όροι εάν η κυβέρνηση, με την ευρύ έννοια, αναλάβει να είναι η πηγή πληρωμών.

Οι πέντε χώρες με το σύστημα Beveridge είναι το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία, η Δανία, η Φινλανδία και η Ισπανία. Οι προμηθευτές ανήκουν κυρίως στο δημόσιο, και οι χρηματικό πόροι συλλέγονται κυρίως μέσω των γενικών φόρων. Το Ηνωμένο Βασίλειο, διαθέτει συγκεντρωτικά συστήματα, ενώ οι άλλες τέσσερις χώρες διαθέτουν αποκεντρωτικά συστήματα υγείας με ελάχιστο μόνο εθνικό έλεγχο για τις προτεραιότητες και τις δραστηριότητες τους. Στη Δανία, η αποκέντρωση εκδηλώνεται στις περισσότερες υπηρεσίες υγείας (νοσοκομεία, πρωτογενής ιατρική περίθαλψη και σε δημοτικές υπηρεσίες υγείας), αλλά όχι στις φαρμακοβιομηχανίες.

Όσον αφορά την σχέση μεταξύ της συλλογής των χρηματικών πόρων και της κατανομής των χρημάτων, τα δημόσια έσοδα στο Ηνωμένο Βασίλειο, δίνονται, με πολιτική απόφαση, στο Υπουργείο Υγείας. Στη Σουηδία, τα δημόσια έσοδα μοιράζονται μεταξύ των επαρχιακών συμβουλίων και της κυβέρνησης, με τα επαρχιακά συμβούλια να κατέχουν τον κύριο ρόλο. Το οικονομικό σύστημα δεν έχει αλλάξει στη Δανία και στην Φινλανδία. Στην Ισπανία, κινήσεις προς την αποκέντρωση, άρχισαν να λαμβάνουν χώρα, αλλά σε ορισμένες περιοχές της χώρας με γρηγορότερους ρυθμούς απ' ότι σε άλλες.

Στο σύστημα Beveridge, η ανάγκη για καθορισμό προτεραιοτήτων συνεχίζει να υπάρχει. Πιο συγκεκριμένα, στην Ισπανία, η προτεραιότητα που δίνουν οι τοπικές αρχές να χρηματοδοτήσουν ορισμένες υπηρεσίες άλλα όχι κάποιες άλλες, έχει ως επακόλουθο, η ιατρική περίθαλψη να μην είναι περιεκτική. Μια παρόμοια διαφωνία προκειμένου οι επιλογές να γίνουν πιο ξεκάθαρες και διαφανείς, υπάρχει και στην Δανία, έτσι ώστε να αποφασιστεί ποιες από τις νέες φαρμακευτικές εταιρίες θα παρέχονται στο δημόσιο. Το 1997, ιδρύθηκε το MTA (Medical Technology Assessment) ινστιτούτο, από το Υπουργείο Υγείας, για να καλυφθεί η ανάγκη να λαμβάνονται υπόψη, οι οικονομικοί παράγοντες αλλά και οι κλινικές επιδράσεις. Ωστόσο, η πρώτη περίπτωση-δοκιμασία, στην οποία πάρθηκε πολιτική απόφαση προκειμένου να τεθεί στη διαθεσιμότητα ένα φάρμακο (η βήτα ιντερφερόνη για ασθενείς με σκλήρωση), ήταν αντίθετη η αναφορά του MTA ινστιτούτο για το συγκεκριμένο φάρμακο, καθώς έδειχνε τεράστιο κόστος για τις υπηρεσίες υγείας και με αναμφισβήτητα οφέλη. Η περίπτωση αυτή, αποδεικνύει ή ότι ακόμη και το

πολιτικό επίπεδο είναι ανέτοιμο να προσαρμοστεί στη δική του ‘πολιτική’, ή ότι η έμφαση που πρέπει να δίνεται στην προτεραιότητα υπηρεσιών αμφισβητείται, με τους πολιτικούς να υποστηρίζουν ότι το σύστημα υγείας πρέπει να είναι ικανό να προσφέρει καινούριες θεραπείες.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η αγοραστική δύναμη δεν αναπτύχθηκε σε καμία από τις πέντε χώρες. Επιπρόσθετα σε καμία από τις πέντε χώρες, υπάρχει πολιτική υποστήριξη για μεταρρυθμίσεις στα είδη αγοράς στο σύστημα υγείας. Η Σουηδία ίσως να είναι μια πρόσφατη εξαίρεση σε επαρχιακό επίπεδο αλλά υπάρχουν λίγα στοιχεία στο σχέδιο της υλοποίησης. Υπάρχει λιγότερη έμφαση στις μεταρρυθμίσεις των τύπων αγοράς, τόσο στο Ηνωμένο Βασίλειο όσο και στην Φινλανδία, που αποβλέπουν περισσότερο στον ανταγωνισμό, παρά στην συνεργασία και στην ολοκληρωμένη ιατρική μέριμνα. Αυτό όμως που είναι αναμφισβήτητο, είναι ότι η ιατρική περίθαλψη έχει γίνει πιο πολύ σαν επιχείρηση και στις πέντε χώρες με έλεγχο του κόστους των υπηρεσιών υγείας.

Μεταρρυθμίσεις- Κλειδιά στις χώρες Beveridge

Χώρα	Κύριοι τύποι μεταρρυθμίσεων
Ηνωμένο Βασίλειο	• Εσωτερική αγορά • Διαχωρισμός αγοραστή προμηθευτή (purchaser/provider) • Καταστατικό ασθενών • Τροποποιήσεις στην πρωτογενή / δευτερογενή περίθαλψη • Αρμοδιότητα για ιδιωτικούς οικονομικούς πόρους
Σουηδία	• Παραλλαγές αγοραστών/ προμηθευτών σε τοπικό επίπεδο
Δανία	• Ελεύθερη επιλογή για νοσοκομεία από τον ασθενή • Αλλαγές στην απόδοση των δαπανηθέντων • Λίστες αναμονής
Φινλανδία	• Νέα πηγή χρηματικών πόρων κατανέμεται και στην περιφέρεια • Συνένωση υγείας και κοινωνικής ζωής
Ισπανία	• Μικρή διάκριση αγοραστή /προμηθευτή • Αυτεξούσιοι προμηθευτές σε ορισμένες αυτόνομες περιφέρειες • Λίστες αναμονής • Πρακτικές τροποποιήσεις

Η ‘μεικτή’ ομάδα χωρών

Η Ελλάδα, η Πορτογαλία, και η Ιταλία θα μπορούσαν να θεωρηθούν και ως Beveridge συστήματα, όπως θα μπορούσαν να θεωρηθούν και ως Bismarck συστήματα η Ιρλανδία και η Γαλλία. Ωστόσο διαθέτουν και κάποια άλλα χαρακτηριστικά γι’ αυτό και αντιμετωπίζονται ως ξεχωριστή ομάδα και δεν κατατάσσονται στις παραπάνω ομάδες. Η Ιταλία και η Ιρλανδία, χρησιμοποιούν τη δημόσια ασφάλιση για το σύστημα υγείας διαμέσου της γενικής φορολογίας, αν και η εθελοντική ασφάλιση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην Ιρλανδία. Η Ιταλία εφαρμόζει ένα γενικό σύστημα φορολογίας, όπως επίσης και ένα ξεχωριστό είδος φορολογίας σε περιφερειακό επίπεδο. Η Πορτογαλία και η Ελλάδα, χειρίζονται μεικτά συστήματα όπως η κοινωνική ασφάλιση για συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες καθώς επίσης και οι ιδιωτικοί τομείς και ανεπίσημες οικονομίες.

Ιταλία, Ελλάδα και Πορτογαλία

Η Ιταλία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία, διαθέτουν κυρίως εθνικές υπηρεσίες υγείας, με γενικής χρήσης κάλυψη, και ολοκληρώνεται με την βοήθεια κοινωνικών θεμάτων ασφάλειας και με την ιδιωτική ασφάλιση. Στην Ιταλία, τα περισσότερα νοσοκομεία ανήκουν στο δημόσιο. Στην Πορτογαλία, οι περισσότεροι προμηθευτές είναι δημόσιοι, εν τούτοις, τη δεκαετία του ‘90 , υπήρχε η τάση να αυξηθεί ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα. Στην Ελλάδα, ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα ποικίλλει. Οι αλλαγές των κυβερνήσεων, οδήγησαν σε συχνές αλλαγές στην πολιτική της υγείας. Η σοσιαλιστική κυβέρνηση που ελέγχθηκε το 1981, ίδρυσε την ελληνική εθνική Υπηρεσία Υγείας. Η μετέπειτα κεντροδεξιά κυβέρνηση αύξησε το ρόλο του ιδιωτικού τομέα.

Στην Ιταλία, το 1999, με μια μεταρρύθμιση που γίνεται, οι επιχορηγήσεις που δίνονται αναθέτονται στην περιφέρεια. Η πρόταση αυτή όμως, άρχισε να εφαρμόζεται τον Ιανουάριο του 2000. Οι επιχορηγήσεις για το σύστημα υγείας θα γίνει ολοκληρωτικά υπευθυνότητα της περιφέρειας το έτος 2004. Με την συλλογή των ξεχωριστών φόρων που εφαρμόζονται στην περιφέρεια, η περιφέρεια απέκτησε αυτονομία από άποψης κονδυλίων για τις υπηρεσίες υγείας, και ελευθερία για τον τρόπο κατανομής των κονδυλίων. Με αυτόν τον τρόπο, θα μπορούσε κάποιος να πει, ότι στην Ιταλία δεν υπάρχει πλέον ένα εθνικό σύστημα υγείας, αλλά 21 περιφερειακές υπηρεσίες υγείας.

Στην Πορτογαλία, σήμερα, το κράτος συλλέγει τα έσοδα μέσω των φόρων κατανάλωσης και εισοδήματος. Τα ιδιωτικά ταμεία διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο. Πριν 5 χρόνια, προτάθηκε ένα σύστημα ‘εναλλακτική ασφάλεια υγείας’ αλλά ποτέ δεν υλοποιήθηκε. Ο σκοπός του ήταν να προκαλέσει την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών στον τομέα της υγείας. Πρόσφατα, ο νόμος επιτρέπει σε ορισμένους καταναλωτές, να επιλέξουν να μην συμμετέχουν στο εθνικό σύστημα υγείας, και επιπλέον ενδυναμώνει την προοπτική του ανταγωνισμού μεταξύ των ιδιωτικών ταμείων προκειμένου να πάρουν περισσότερους πελάτες.

Στην Ελλάδα, τα ταμεία κοινωνικών ασφαλίσεων, αποτελούν τα κύρια στηρίγματα στο θέμα των χρηματοδοτήσεων, αν και μια σειρά μεταρρυθμίσεων και προτάσεις για αλλαγές, συμπεριλαμβάνοντας την πιο πρόσφατη το 1997, δηλώνουν την μελλοντική συνένωση των κοινωνικών ταμείων σε ένα. Ωστόσο, πολιτικοί συμβιβασμοί και αποτυχίες στην υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων, επιβράδυναν πολλές προτεινόμενες αλλαγές, συμπεριλαμβανόμενης και την παραπάνω.

Η Ιταλία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία, μοιράζονται την ομοιότητα της ‘καθυστερημένης ανάπτυξης’ στα συστήματα υγείας, συγκρινόμενες με τις νότιες χώρες της Ευρώπης που ακολουθούν το Beveridge σύστημα. Έχουν αυξήσει τις δημόσιες δαπάνες στο σύστημα υγείας με το πέρασμα των χρόνων, παρ’ αυτά όμως συνεχίζουν να παραμένουν ‘χαμηλά’ όσον αφορά τα δημόσια έξοδα. Επειδή, αυτές οι χώρες άρχισαν να αναπτύσσουν το εθνικό τους σύστημα υγείας σε μια περίοδο όπου η παγκόσμια οικονομία επέβαλλε όρια στις δημόσιες δαπάνες και περιόρισε τις δημόσιες υπηρεσίες, γι’ αυτό το λόγο, ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα παραμένει βαρυσήμαντος σε αυτές τις χώρες.

Στην Ιταλία, το εθνικό σύστημα υγείας, ιδρύθηκε το 1978 προκειμένου να αντικαταστήσει ένα ‘σύστημα’ οργανωμένο σύμφωνα με πατροπαράδοτα κριτήρια την επιβολή κοινωνικής ασφάλισης.. Αλλάζοντας την μορφή του συστήματος υγείας, επιτεύχθηκε η κάλυψη ολόκληρου του πληθυσμού. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν το 1993-1994 συνεπάγονται δύο μεγάλες αλλαγές:

1. Μεταβίβαση των εξουσιών και στην περιφέρεια
2. Ανταγωνισμός στις υπηρεσίες πρόνοιας

Η μεταρρύθμιση ‘Βρετανικού τύπου’ που έλαβε χώρα το 1993, άλλαξε από Local Health Authorities σε Health Care Enterprises (Επιχειρήσεις Υγείας), επιχειρήσεις αυτόνομες διοικούμενες από έναν γενικό διευθυντή. Ακολουθώντας το ‘αυτεξούσιο’ βρετανικό μοντέλο, κάποια νοσοκομεία έγιναν επιχειρήσεις υγείας. (Hospital Health Enterprises). Η εθνική νομοθεσία περί μεταρρυθμίσεων, περιορίστηκε στο να καθορίσει ένα γενικό πλαίσιο αναφοράς σύμφωνα με την οποία κάθε περιφέρεια ήταν

ελεύθερη να υιοθετήσει ένα από τα μοντέλα αγοράς. Η πιο πρόσφατη μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας καταγράφει λεπτομερώς την διαδικασία την οποία πρέπει να ακολουθήσει η κυβέρνηση προκειμένου να καθορίσει τις βασικές υπηρεσίες υγείας, έχοντας ως κριτήρια την λειτουργικότητα και την καταλληλότητα.

Στην Πορτογαλία, ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα, αυξήθηκε τις τελευταίες δεκαετίες με την αύξηση της ιδιωτικής δραστηριότητας στα δημόσια νοσοκομεία. Κατά την διάρκεια της δεκαετίας του '90, σε μια σημαντική συζήτηση, εγκαινιάστηκε η εισαγωγή μιας νέας δημόσιας διοίκησης και ιδιωτικής διοίκησης στις υπηρεσίες υγείας, εστιάζοντας στην λειτουργικότητα και στην αποδοτικότητα των οργανισμών.

Η κατάσταση στην Ελλάδα είναι πιθανόν η πιο περίπλοκη απ'όλες, κυρίως λόγω της ασυνέχειας που υπάρχει μεταξύ της υπάρχουσας κάθε φοράς πολιτικής κ της υλοποίησης της απόφασης. Η δημιουργία της εθνικής υπηρεσίας Υγείας το 1983, οδήγησε σε έναν αριθμό πολιτικών διαταγμάτων, σχετικά με την αμεροληψία στις χρηματοδοτήσεις και την πρόσβαση, την αποκέντρωση, και την ανάπτυξη της πρωτογενούς περίθαλψης, χωρίς όμως να υλοποιηθούν όλες.

Η κύρια ιδέα της νομοθεσίας του 1992 στην Ελλάδα περιλάμβαναν τα εξής:

- Την ακύρωση των περιορισμών στην εγκαθίδρυση και στην ανάπτυξη των ιδιωτικών νοσοκομείων και των κλινικών
- Την ενθάρρυνση για εργοληψίες των ταμείων ασφαλίσεων με τις ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα
- Επισκέψεις των ιατρών στα διαμερίσματα των ασθενών
- Μειώσεις στους φόρους για τα επιδόματα των ιδιωτικών ασφαλίσεων
- Μια γενική μετατόπιση από την ανάπτυξη των χρηματοδοτούμενων από το δημόσιο, υπηρεσιών στην ανάπτυξη της κοινωνικής ασφάλισης και της ιδιωτικής περίθαλψης.

Τον Ιανουάριο του 1994 η νέα κυβέρνηση, ακύρωσε κάποιες από τις τακτικές της προηγούμενης κυβέρνησης. Οι νέες ευχέρειες δράσης που δόθηκαν στις ιδιωτικές κλινικές και στα διαγνωστικά κέντρα διατηρήθηκαν. Όπως επίσης οι χρηματοδοτικοί διακανονισμοί όσον αφορά το ταμείο κοινωνικής ασφάλισης, τις εργοληψίες με τις ιδιωτικές κλινικές και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, και τέλος αύξησε τους φόρους αποπληρωμής των νοσοκομείων.

Πιο πρόσφατα, το Μάιο του 1995, ποικιλόμορφες και συμβουλευτικές επιτροπές ασχολήθηκαν με τις προτάσεις του Κρεμαστινού, οι οποίες προτάσεις περιλάμβαναν τα εξής στοιχεία:

- ⊕ Τα ταμεία κοινωνικών ασφαλίσεων θα μεταφέρουν τα αποθέματα τους σε ένα ενιαίο ταμείο υγείας προκειμένου να αγοραστούν υπηρεσίες για τα μέλη του
- ⊕ Το Ταμείο Υγείας θα είναι ο ‘πληρωτής’ και το Υπουργείο Υγείας θα είναι υπεύθυνο για τις προμήθειες.
- ⊕ Στοιχεία διοικητισμού θα εισαχθούν στην διαχείριση του νοσοκομείου
- ⊕ Θα υπάρχει σύστημα οικογενειακού ιατρού που θα διενεργεί βασισμένο στους 400 τομείς πρωτογενούς φροντίδας , και οι γιατροί θα είναι ελεύθεροι να δουλέψουν είτε στο δημόσιο τομέα είτε στον ιδιωτικό τομέα
- ⊕ Η εστίαση θα είναι στην δημόσια υγεία, με ένα νέο πολλαπλό-πειθαρχικό σύστημα δημόσια υγείας

Μέχρι τον καιρό της μεταρρύθμισης στην νομοθεσία του συστήματος υγείας το 1997, το παραπάνω σχέδιο άρχισε να εγκαταλείπεται στα περισσότερα στοιχεία του. Συγκεκριμένα, το ενιαίο σύστημα υγείας και το περιεκτικό σύστημα οικογενειακού ιατρού μεταποιήθηκαν προκειμένου να γίνουν πιο ήπιες αλλαγές.

Δυσκολίες στην υλοποίηση των προτάσεων για μεταρρυθμίσεις δεν είναι μοναδικό προνόμιο της Ελλάδας. Στην Ιταλία, στην Ελλάδα και στην Πορτογαλία, παρουσιάζεται αύξηση του ιδιωτικού τομέα και της ουσιαστικής ιδιωτικοποίησης. Η Ιταλία έχει πάρει την κατεύθυνση της ανάπτυξης της εσωτερικής αγοράς αλλά και την κατεύθυνση της ιδιωτικοποίησης. Η εικόνα στην Πορτογαλία και στην Ελλάδα περιλαμβάνει περισσότερο την ιδιωτικοποίηση παρά την ανάπτυξη του δημόσιου τομέα.

Ιρλανδία

Στην Ιρλανδία, ένα μεγάλο τμήμα του συστήματος είναι ουσιαστικά, τύπου Beveridge. Υπάρχουν δύο τύποι ασφαλίσεων. Το δημόσιο χρηματοδοτεί το 84 % των κρεβατιών στα δημόσια νοσοκομεία και το 16 % των κρεβατιών στον ιδιωτικό τομέα.. Άλλωστε, το 20 % των κρεβατιών στο δημόσιο τομέα χρησιμοποιούνται από τον ιδιωτικό τομέα – που είναι περίπου το 1/2 του γενικού συνόλου στον ιδιωτικό τομέα. Συνολικά, το 1/3 όλων των κρεβατιών των νοσοκομείων χρησιμοποιούνται για ιδιωτική περίθαλψη. Στο δημόσιο σύστημα υγείας, τα δημόσια νοσοκομεία απαρτίζουν το 55% του συνόλου ενώ τα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν από φιλανθρωπίες και από θρησκευτικούς εράνους αποτελούν το 45 % του συνόλου. Η κυβέρνηση είναι ο κύριος συλλέκτης των φόρων αλλά και ο κύριος πληρωτής. Δύο μεγάλοι όμιλοι της ιδιωτικής ασφάλισης συλλέγουν τις ετήσιες συνδρομές των μελών και πληρώνουν για την ιδιωτική περίθαλψη. Η ώθηση για μεταρρύθμιση, ξεκινώντας από την Ανατολική περιφέρεια το 2000, δίνεται από την ανάγκη για χρηματοδότηση και των δύο τύπων νοσοκομείων.

Γαλλία

Το γαλλικό σύστημα υγείας είναι κοινωνικού ασφαλίσεως σύστημα τύπου Bismarck. Η ασφάλιση υγείας άρχισε να επεκτείνεται και να καλύπτει όλο και μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού, τις τελευταίες δεκαετίες. Το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών ασφαλίσεων και το Υπουργείο Οικονομίας εποπτεύουν τα ταμεία ασφαλίσεων. Υπάρχουν επιπρόσθετα φιλανθρωπικά ταμεία ασφαλίσεων και ξεχωριστός ιδιωτικός τομέας. Τα διακριτά χαρακτηριστικά του γαλλικού συστήματος μπορούν να συνοψιστούν με την συλλογική χρηματοδότηση, την συνύπαρξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, και επιπρόσθετη ιδιωτική χρηματοδότηση.

Η Γαλλία διαθέτει το υψηλότερο επίπεδο δαπανών στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με την εξαίρεση της Γερμανίας η οποία θα είχε χαμηλότερες δαπάνες εάν δεν ήταν η ένταξη της πρώην Ανατολικής Γερμανίας. Πριν το σχέδιο Juppé το 1997, υπήρχε ένας μεγάλος αριθμός προτάσεων για μεταρρυθμίσεις μεταξύ των οποίων ήταν η εισαγωγή των γενικών φόρων το 1991, αυξήσεις στις πληρωμές για την υγεία, προσπάθειες για αύξηση των δαπανών στα φαρμακευτικά είδη το 1993-94. Η μεταρρύθμιση Juppé το 1996, δημιούργησε την ARHs (Agences Regionales d'Hospitalization), προκειμένου να γίνεται έλεγχος του κόστους των υπηρεσιών μέσα από τον σχεδιασμό της χρηματοδότησης των δημόσιων και

ιδιωτικών νοσοκομείων. Η ευθύνη για την ARHs, μοιράζεται ανάμεσα στην κυβέρνηση και στα δημόσια ταμεία υγείας.

Μεταρρυθμίσεις- Κλειδιά στις χώρες Μεικτής Ομάδας	
Χώρα	Κύριοι τύποι μεταρρυθμίσεων
Ιταλία	• Περιορισμός στην λειτουργικότητα των υπηρεσιών : μερική ανατροπή • Αυξημένη τάση για επιλογή ιδιωτικής ασφάλισης
Ελλάδα	• Σταδιακή αποκέντρωση • Παρότρυνση για ιδιωτική ασφάλιση / περίθαλψη (1992) – μερική ανατροπή (1997) • Αυξημένος ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα • Πολυπλοκότητα, πληρωμή για κάθε ασθένεια • Νέα δημόσια διαχείριση
Πορτογαλία	• Αυξημένος ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα
Γαλλία	• Σχεδιασμός των δαπανών από περιφερειακές αρχές • Αλλαγή από τις εισφορές των ασφαλιζομένων που βασίζονταν στο εισόδημα, σε έναν ξεχωριστό φόρο βασισμένος στο ολικό εισόδημα
Ιρλανδία	• Ανταγωνισμός στον τομέα ιδιωτικής ασφάλισης • (περιορισμένη) εργοληψία / συμφωνίες με τις υπηρεσίες • Ακολουθείται η νομοθεσία του 1994

Σύνοψη των μεταρρυθμίσεων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Οι χώρες που πρωτοπόρησαν με τις μεταρρυθμίσεις τους στο σύστημα υγείας ήταν το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ολλανδία. Η Σουηδία εξέτασε μια ποικιλία από τοπικά πειράματα μέσα στο πλαίσιο καινούριων σχέσεων μεταξύ αγοραστή και προμηθευτή. Η Γερμανία αύξησε τις δυνάμεις αγοράς στις αρχές της δεκαετίας του '90.

Κάποιος θα μπορούσε να προσθέσει και άλλες χώρες στην λίστα οι οποίες άλλαξαν την δομή και την διαδικασία στις υπηρεσίες υγείας, αν και όχι πάντα κινούνται προς την αύξηση των ανταγωνιστικών δυνάμεων αγοράς. Τέτοιες χώρες είναι η Ισπανία, η Ιταλία και η Ιρλανδία όσον αφορά καινούριες ιδέες στην υγεία. Οι χώρες στις οποίες υπήρξε έστω και ελάχιστα περιφερειακές μεταρρυθμίσεις είναι η Αυστρία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και η Πορτογαλία.

Έγιναν μικρές μεταρρυθμίσεις στη δομή του συστήματος υγείας στη Δανία και στην Φινλανδία, ενώ στη Γαλλία οι μεταρρυθμίσεις αφορούσαν περισσότερο στο σχεδιασμό. Στην Ελλάδα, η εικόνα είναι πιο περίπλοκη περιλαμβάνοντας διαφορετικές κομματικές προτάσεις και πρωτοβουλίες χωρίς όμως κάποια ουσιώδη επίδραση στον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας.

Είναι απαραίτητο να ξεχωρίζεις τις μεταρρυθμίσεις σε διαφορετικές χώρες χρησιμοποιώντας παρόμοια γλώσσα, ακόμη και τις μεταρρυθμίσεις σε διαφορετικά τμήματα της χώρας. Επιπλέον, μια 'ακραία' μεταρρύθμιση σε μια χώρα μπορεί να θεωρηθεί ως λιγότερο 'ακραία' όταν συγκριθεί με κάποια άλλη χώρα. Για παράδειγμα, στη Σουηδία, η ελευθερία που δίνεται στους πολίτες να διαλέξουν την ασφάλισή τους θεωρείται ως κίνηση να αποκτήσουν οι Σουηδέζοι αυτό που οι Αυστριακοί, οι Βέλγοι και οι άλλοι από τις χώρες με το σύστημα Bismarck είχαν ήδη.

Προτεραιότητες στα συστήματα υγείας

Στη συνέχεια περιγράφονται εννέα παραδείγματα χωρών στις οποίες καταγράφονται οι ενέργειες που έγιναν στο θέμα του καθορισμού των προτεραιοτήτων.

Ορεγκον

Το Medicaid είναι ένα δημόσιο πρόγραμμα που προσφέρει υπηρεσίες και περίθαλψη κυρίως στα άτομα με χαμηλό εισόδημα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Το Medicaid έκανε μια πρώτη προσπάθεια να καθιερώσει προτεραιότητες στις υπηρεσίες υγείας. Προκειμένου να επεκταθεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες και στους ανασφάλιστους, οδήγησε σε προσπάθειες να εφαρμοστεί μια λίστα με υπηρεσίες βάση προτεραιότητας που θα καλύπτουν όλο το φάσμα του συστήματος υγείας. Στόχος ήταν να δημιουργηθεί ένα βασικό πακέτο υπηρεσιών υγείας και να επεκταθούν προκειμένου να καλυφθούν όλα τα άτομα κυρίως τα άτομα με χαμηλό εισόδημα (μέχρι τώρα μόνο το 58 % είχαν πρόσβαση στις υπηρεσίες), αλλά και οι ανασφάλιστοι.

Μια επιτροπή από 11 άτομα (5 γιατροί, 1 νοσοκόμα δημόσιας υγείας, 1 κοινωνικός λειτουργός και 4 επισκέπτες υγείας) ανέλαβε το καθήκον να δημιουργήσει μια λίστα προτεραιοτήτων. Η επιτροπή δημιούργησε 17 κατηγορίες ιατρικής φροντίδας. Προκειμένου να δημιουργηθούν αυτές οι κατηγορίες πραγματοποιήθηκαν πολυάριθμες συναντήσεις μαζί και με άτομα της κοινότητας έτσι ώστε να εισακουστεί και η κοινή γνώμη και να καθοριστούν κοινές αξίες για την κατηγοριοποίηση των υπηρεσιών. Το κοινό διάλεξε 13 ηθικές αξίες κατανεμημένες με βάση την συχνότητα ξεκινώντας από την μεγαλύτερη:

1. Πρόληψη
2. Ποιότητα ζωής
3. Κόστος αποτελεσματικότητας
4. Ικανότητα λειτουργικότητας
5. Δικαιοσύνη
6. Αποτελεσματικότητα θεραπείας
7. Αριθμός ατόμων που θα επωφεληθούν
8. Διανοητική υγεία και χημική εξάρτηση
9. Προσωπική επιλογή
10. Συμπόνια
11. Αντίκτυπο στην κοινωνία (κυρίως των μεταδιδόμενων ασθενειών)

12. Διάρκεια ζωής

13. Προσωπική ευθύνη

Η επιτροπή κατόπιν έκανε τις δικές τις εκτιμήσεις έτσι ώστε να μπορέσει να κατανείμει τις 13 ηθικές αξίες σε 3 ομάδες:

- Απαραίτητες στην βασική ιατρική
- Πολύτιμες στην κοινωνία
- Πολύτιμες για το άτομο

Συνεπώς, οι παραπάνω 3 ομάδες χαρακτηρίζουν τις 13 ηθικές αξίες ως:

- ⇒ Απαραίτητες
- ⇒ Σημαντικές
- ⇒ Λιγότερο σημαντικές

Η διαδικασία αυτή χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να κατανείμει τις 17 κατηγορίες υπηρεσιών υγείας με σειρά προτεραιότητας. Ο πίνακας 1 δείχνει τις συγκεκριμένες κατηγορίες σε σειρά ταξινόμησης με βάση τα 3 κριτήρια της Επιτροπής, που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Πίνακας 1

<u>ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΟΒΑΡΩΝ</u> <u>ΠΑΘΗΣΕΩΝ</u>	<u>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ</u>	<u>ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΠΛΩΝ</u> <u>ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ</u>
Θανατηφόρες παθήσεις		
Ολική ανάρρωση του ασθενούς	1	
	2	Μητρότητα
Ανάρρωση του ασθενούς αλλά ορισμένα προβλήματα παραμένουν	3	
	4	Προληπτική φροντίδα για τα παιδιά
Θεραπεία που παρατείνει την ζωή και την ποιότητα ζωής	5	
	6	Αναπαραγωγικές υπηρεσίες
Θεραπεία για ανακούφιση του πόνου	7	
	8	Οδοντιατρική φροντίδα
	9	Προληπτικές εξετάσεις για τους ενήλικες (I)

Πίνακας 1 (συνέχεια)

<u>ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΣΟΒΑΡΩΝ</u> <u>ΠΑΘΗΣΕΩΝ</u>	<u>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ</u>	<u>ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΠΛΩΝ</u> <u>ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ</u>
Μη θανατηφόρες παθήσεις		
Σε οξεία φάση: Θεραπεία που παρέχει πλήρη ανάρρωση	10	
Χρόνια κατάσταση: Απλή θεραπεία που βελτιώνει την ποιότητα ζωής	11	
Οξεία φάση: Θεραπεία που παρέχει μερική ανάρρωση	12	
Χρόνια κατάσταση: Συνεχείς θεραπείες για βελτίωση της ποιότητας ζωής.	13	
Οξεία φάση: Θεραπεία που επιταχύνει την ανάρρωση	14	
	15	Στείρωση
	16	Προληπτικές εξετάσεις για τους ενήλικες (II)
Θεραπεία που προσφέρει ελάχιστη ή καθόλου επιμήκυνση στην διάρκεια ζωής	17	

Η τελική λίστα περιλάμβανε 709 ζεύγη παθήσεων – θεραπειών εκ των οποίων τα ζευγάρια 1-587 παραχωρούνται από την Medicaid, δηλαδή οι πρώτες 587 παθήσεις - θεραπείες περιλαμβάνονται στο βασικό πακέτο υπηρεσιών του συστήματος υγείας. Ο Πίνακας 2 περιλαμβάνει ορισμένα παραδείγματα παθήσεων – θεραπειών, την κατηγορία στην οποία ανήκουν και την αντίστοιχη σειρά που κατέχουν.

Στο Όρεγκον έχει αποκλειστεί περίπου το 1/5 των υπηρεσιών του συστήματος υγείας. Ωστόσο, οι υπηρεσίες που εξαιρέθηκαν από την λίστα προτεραιοτήτων αντισταθμίστηκαν από την προσθήκη άλλων υπηρεσιών κοινού οφέλους όπως είναι τα μοσχεύματα αποκλειστικά για τα παιδιά καθώς επίσης και η ιατρική φροντίδα για τους ενήλικες όπου η συγκεκριμένη υπηρεσία δεν προσφερόταν μέχρι τώρα από την Medicaid.

Πίνακας 2

Πάθηση	Θεραπεία	Κατηγορία	Σειρά
Πνευμονία	Ιατρική	1	1
Σκωληκοειδίτιδα	Εγχείρηση σκωληκοειδίτιδας	1	5
Ισχαιμική καρδιακή πάθηση	Επέμβαση bypass	3	149
HIV	Ιατρική	5	158
Καρκίνος της μήτρας	Ιατρική και χειρουργική	5	186
Τελικό στάδιο νεφροπάθειας	Ιατρική	5	319
Καταρράκτης	Εξαγωγή	11	337
Οστεοαρθρίτιδα	ιατρική	11	399
Φρονιμίτης	Χειρουργική επέμβαση	11	480
Αμυγδαλές	Χειρουργική επέμβαση	11	494
Κήλη	Επανόρθωση	11	504
Πόνος στην σπονδυλική στήλη	Ιατρική και χειρουργική	13	586
Κιρσοί	Αφαίρεση	11	616
Βρογχίτιδα	Ιατρική	13	643
Καρκίνος	Ιατρική και χειρουργική	17	688
Αιμορροΐδες	Αφαίρεση	17	698
AIDS (τελικό στάδιο HIV	Ιατρική	17	202
Γέννηση μωρών με βάρος < 500 γρ	Υποστήριξη ζωής	17	708

Το 1997, πολλές υπηρεσίες ήταν έτοιμες να αποκλειστούν, αρκετές από τις οποίες ήταν ωφέλιμες για την θεραπεία σοβαρών παθήσεων όπως ο καρκίνος χοληδόχου κύστης. Αποφεύχθηκε όμως να γίνει κάτι τέτοιο, και έτσι ο αριθμός των υπηρεσιών που θα εξαιρούνταν μειώθηκαν στις 8. Παρ'όλα αυτά, η ομοσπονδιακή Κυβέρνηση επέτρεψε να αποκλειστούν μόνο 3, και συνέστησε να μην γίνουν άλλες εξαιρέσεις. Αυτό υποδηλώνει την μεγάλη αποστροφή που υπάρχει στην Αμερική για αποκλεισμό υπηρεσιών, ακόμη και όταν οι υπηρεσίες αυτές περιορίζονται στους φτωχούς.

Όλα αυτά δημιουργούν αμφιβολίες για το αν πρέπει να γίνει μετατόπιση των πόρων από τον τομέα με οξείες παθήσεις, στον τομέα με χρόνιες παθήσεις.

Μοσχεύματα οργάνων χορηγούνται παρά τις αρχικές προσπάθειες της κυβέρνησης να τα περιορίσει. Ακόμη και τώρα οι υπηρεσίες που προσφέρονται για επεισόδια οξείων παθήσεων υπερσχύουν έναντι των επεισοδίων με χρόνιες παθήσεις. Οι υπηρεσίες πρόνοιας ειδικά για τα παιδιά, είναι κατοχυρωμένες όπως επίσης και οι υπηρεσίες πρόνοιας για την μητρότητα και για την παιδική ηλικία.

Στο Όρεγκον είναι αξιοσημείωτη η δημιουργία μιας εκτεταμένης λίστας που περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες ιατρικής, ψυχιατρικής περίθαλψης και οδοντιατρικής φροντίδας. Παρόμοια λίστα δεν υπάρχει πουθενά. Επιπλέον ένα ακόμη αξιόλογο σημείο είναι το γεγονός ότι οι γιατροί στο Όρεγκον , τους δίνεται το δικαίωμα να διευκολύνουν το θάνατο εκείνων που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους.

Ολλανδία

Το σύστημα υγείας στην Ολλανδία βασίζεται στην δημόσια και ιδιωτική ασφάλιση. Παλιότερα είχαν γίνει προσπάθειες προκειμένου να θεσπιστεί κοινή ασφάλιση για όλο τον πληθυσμό. Το 1990 δημιουργήθηκε μια επιτροπή καλούμενη ως επιτροπή Dunning, έτσι ώστε να καθοριστεί ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να τεθούν οι προτεραιότητες. Πιο συγκεκριμένα, η Επιτροπή έπρεπε να εξετάσει πώς να βάλει όρια σε καινούριες ιατρικές τεχνολογίες και πώς να διεκπεραιώσει τα προβλήματα που τυχόν μπορεί να προκληθούν από την έλλειψη ιατρικής φροντίδας και από την ανάγκη για το ποιοι ασθενείς πρέπει να επιλεγθούν για ιατρική φροντίδα και ποιοι θα αποκλειστούν από το δημόσιο σύστημα υγείας.

Η επιτροπή Dunning ακολούθησε μια μέση προσέγγιση, ανάμεσα στην ατομική άποψη για το πώς πρέπει να τεθούν οι προτεραιότητες στο σύστημα υγείας, και στην επιστημονική άποψη του θέματος. Από την πλευρά των ατόμων ξεχωριστά, η υγεία είναι συνδυασμένη με την αυτονομία και με τον αυτό-προσδιορισμό, το οποίο συνεπάγεται να αφήνεται στα άτομα η επιλογή να αποφασίσουν για το τι χρειάζονται και έχουν ανάγκη. Σε αυτό το σημείο υπήρξε διαφωνία, διότι δεν ήταν δυνατόν να καθοριστεί γενικώς, για το τι είναι αναγκαίο στην ιατρική φροντίδα. Από την πλευρά των ειδικών, καταλήγουν ότι ο ορισμός της υγείας είναι η απουσία ασθένειας. Στη μέση προσέγγιση που ακολουθήθηκε από την επιτροπή για το όφελος όλων των μελών του κοινωνικού συνόλου, η υγεία καθορίζεται ως η ικανότητα κάθε μέλους της κοινότητας να συμμετέχει στα κοινωνικά δρώμενα. Η απαραίτητη ιατρική φροντίδα κάνει την συμμετοχή του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο εφικτή. Οι τρεις προσεγγίσεις όπως αναφέρθηκαν πιο πάνω, δημιουργούν μια ιεραρχία, στην οποία η προσέγγιση από την κοινότητα, λαμβάνει αποφάσεις στο μακρο-επίπεδο, η άποψη των ειδικών στο μέσο επίπεδο και η ατομική άποψη των μελών του κοινωνικού συνόλου σε μικρο-επίπεδο.

Οι τρεις κοινωνικές ηθικές αξίες που επικυρώθηκαν από την Επιτροπή Dunning είναι οι εξής:

- ➡ Η ισότητα των ανθρώπων
- ➡ Η ανάγκη για προστασία της ανθρώπινης ζωής
- ➡ Η αρχή της αλληλεγγύης

Η επιτροπή αποφάσισε 4 κριτήρια που πρέπει να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να καθοριστεί ένα γενικό πακέτο υπηρεσιών υγείας. Καθ'ένα από τα κριτήρια περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές είναι:

- ☒ Είναι η ιατρική φροντίδα απαραίτητη από την πλευρά οφέλους του κοινωνικού συνόλου;
- ☒ Εάν ναι, είναι και αποτελεσματική;
- ☒ Εάν ναι, είναι και αποδοτική;
- ☒ Εάν ναι, μπορεί να αφεθεί στην ατομική ευθύνη του καθενός;

Τρεις υπηρεσίες επιτρέπονται να περάσουν από το πρώτο κριτήριο: εκείνες που εγγυώνται φροντίδα για τα άτομα που δεν μπορούν να προσέξουν τους εαυτούς τους (π.χ. οι ηλικιωμένοι), εκείνες που επαναφέρουν την ικανότητα των ατόμων να συμμετέχουν ενεργά στη κοινότητα, και οι υπηρεσίες των οποίων η αναγκαιότητα καθορίζεται από την σοβαρότητα της παθήσεως και τον αριθμό των ατόμων με την συγκεκριμένη πάθηση. Το δεύτερο κριτήριο παρακρατεί όλες τις αναποτελεσματικές παρεμβάσεις, καθορισμένες από στοιχεία φαρμάκων. Το τρίτο κριτήριο παρακρατεί αναποτελεσματικές πρακτικές καθορισμένες από την ανάλυση απόδοση – κόστους. Το τέταρτο κριτήριο παρακρατεί όλες εκείνες τις υπηρεσίες που μπορούν να αφεθούν στην προσωπική ευθύνη του πολίτη. Αυτό σημαίνει ότι θεραπείες με υψηλό κόστος και μικρές πιθανότητες αποτελεσματικότητας, αφήνονται στον ιδιωτικό τομέα υγείας. Όσες υπηρεσίες τηρούν τα παραπάνω κριτήρια, περιλαμβάνονται στο βασικό πακέτο υπηρεσιών της δημόσιας υγείας.

Μερικά παραδείγματα που δίνει η επιτροπή Dunning, σύμφωνα με τα παραπάνω κριτήρια, είναι τα εξής:

1. Η γονιμοποίηση in vitro, από ατομική άποψη, είναι απαραίτητη όπως επίσης και από επιστημονικής άποψης. Αυτό όμως δεν ισχύει από την πλευρά της κοινότητας καθώς θεωρεί ότι η στειρώση δεν αποτελεί κίνδυνο για την κοινότητα και δεν επεμβαίνει στις φυσιολογικές λειτουργίες του κοινωνικού συνόλου. Επιπρόσθετα, η γονιμοποίηση in vitro, είναι μόνο 30 % αποτελεσματική.
2. Τα φάρμακα ομοιοπαθητικής, εξαιρούνται από το βασικό πακέτο υπηρεσιών της δημόσιας υγείας, διότι η αποτελεσματικότητά τους δεν έχει ακόμη συμπερασματικά αποδειχθεί.
3. Η οδοντιατρική φροντίδα για τους ενήλικες είναι απαραίτητη, ουσιαστική και αποτελεσματική, αλλά παρ'αυτά αφήνεται στην ατομική ευθύνη του πολίτη. Ωστόσο, η οδοντιατρική φροντίδα για τα παιδιά, περιλαμβάνεται στο βασικό πακέτο υπηρεσιών της δημόσιας υγείας.

Η επιτροπή συνέστησε, να υπάρχουν συνδυασμοί πάθησης – θεραπείας (όπως υπάρχει στο Όρεγκον) κατηγοριοποιημένες και με την σειρά που κατέχουν σύμφωνα με τα κριτήρια της επιτροπής. Επιπλέον, πολιτικές μελέτες επρόκειτο να παίξουν

κάποιο ρόλο στο να καθορίσουν τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας, έτσι ώστε οι κατηγορίες και η σειρά των υπηρεσιών να είναι και πολιτικά αποδεκτές.

Μολαταύτα, το σχέδιο της επιτροπής Dunning διαφέρει σε κάποια σημεία από το σχέδιο που τέθηκε στο Όρεγκον. Καταρχήν, η επιτροπή στην Ολλανδία, δεν προχώρησε και πολύ στον καθορισμό του βασικού πακέτου υπηρεσιών υγείας. Αντίθετα, πρότεινε ότι η ουσία, το περιεχόμενο και η έκταση του βασικού πακέτου υγείας, πρέπει να προσδιοριστεί από τον νόμο. Ωστόσο, οι ασφαλιστές δικαιούνται να κάνουν διαφοροποιήσεις του βασικού πακέτου, μέσα στα όρια όμως του νόμου. Κατά δεύτερον, σε αντίθεση με το σχέδιο του Όρεγκον στο οποίο έγινε προσπάθεια από την αρχή να συσσωματώσει την άποψη του κοινού στις αξίες, η επιτροπή Dunning εξ αρχής βάσισε το σχέδιο της στην άποψη της κοινότητας, χωρίς καμία προηγούμενη διαβούλευση με την κοινή γνώμη. Ενώ το σχέδιο δίνει έμφαση στην συμμετοχή του καταναλωτή και των ομάδων ασθενών, αυτό γίνεται μόνο στο επίπεδο αξιολόγησης και προσδιορισμού εναλλακτικών προγραμμάτων που δίνονται από τους ασφαλιστές. Συμπερασματικά, όλο το σχέδιο και ο καθορισμός προτεραιοτήτων είναι βασισμένο στα κριτήρια και στις αξίες που έθεσε η επιτροπή.

Κριτικές ασκήθηκαν κυρίως στην μεθόδευση της κοινότητας, η οποία και προσδιορίζει ποιες υπηρεσίες είναι απαραίτητες. Η κεντρική ερώτηση που προσπαθεί να δώσει απάντηση η κοινότητα είναι ποια περίθαλψη είναι απαραίτητη προκειμένου να διατηρηθεί η νορμάλ συμμετοχή στην κοινότητα; Προκύπτουν και περαιτέρω ερωτήσεις όπως ‘Τι είναι νορμάλ συμμετοχή;’, ‘Ποιος αποφασίζει τι είναι φυσιολογικό και τι όχι;’. Ακόμη πιο σημαντικό ερώτημα ‘Πώς παίρνεται τέτοιου είδους απόφαση, και ποιος αποφασίζει ποια περίθαλψη είναι απαραίτητη και ποια όχι;’. Χρησιμοποιώντας το παραπάνω παράδειγμα της επιτροπής για την in vitro γονιμοποίηση, μπορεί κάποιος να διαφωνήσει και να πει ότι η ατεκνία σε ορισμένους ανθρώπους επιδρά δυσμενώς στο έργο που προσφέρει στο κοινωνικό σύνολο μέσω του επαγγέλματος του. Όσο για την άποψη της κοινότητας πως η ατεκνία δεν αποτελεί κίνδυνο στην κοινωνία, μπορεί κάποιος και πάλι να απαντήσει τότε ας συμπεριληφθούν στο βασικό πακέτο, όλες οι υπηρεσίες που δεν αποτελούν κίνδυνο για την κοινωνία. Επιπλέον, ποικίλλουν οι τρόποι με τους οποίους τα άτομα μπορεί να αντιδράσουν σε διαφορετικές συνθήκες και να επηρεαστεί ο ρόλος τους στην κοινωνία.

Μια νέα προσέγγιση προτείνεται, η οποία επικεντρώνεται περισσότερο στο τι πρέπει να συμπεριληφθεί στο πακέτο υπηρεσιών και λιγότερο στο τι πρέπει να εξαιρεθεί. Θεωρείται ότι η πολιτική της υγείας έχει δύο σκοπούς: την προαγωγή της υγείας, και την περίθαλψη του ασθενούς. Η υγεία ορίζεται ως « η απουσία παθήσεως

και άλλων προβλημάτων υγείας, σωματικής και ψυχολογικής φύσεως » και περιορίζει τα όρια των νομοθετημένων υπηρεσιών πρόνοιας, σε ανεκτά όρια. Οι προτεραιότητες προτείνονται στο πεδίο της πρόληψης, των θεραπευτικών υπηρεσιών και της περίθαλψης. Στο πεδίο της πρόληψης οι προτεραιότητες είναι οι εξής:

- Ο έλεγχος μετάδοσης μολυσματικών ασθενειών
- Μέτρα ενίσχυσης της υγείας
- Πρόωρη διάγνωση ασθενειών απειλητικών για τη ζωή και ασθενειών που μπορεί να οδηγήσουν σε κάποια ανικανότητα

Στην περίπτωση των θεραπευτικών υπηρεσιών, οι προτεραιότητες είναι:

- Άμεση θεραπεία στην περίπτωση απειλητικών για τη ζωή ασθενειών
- Άμεση θεραπεία περιπτώσεων ασθενειών που οδηγούν σε απώλεια σημαντικών λειτουργιών για το άτομο
- Θεραπεία χρόνιων παθήσεων προκειμένου να εμποδιστεί ή να μειωθεί οριστική αναπηρία

Προτεραιότητες στις υπηρεσίες φροντίδας είναι:

- Φροντίδα για άτομα διανοητικής στέρησης, για άτομα με ειδικές ανάγκες, για άτομα που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους, και για ψυχασθενείς
- Επαγγελματική περίθαλψη στο σπίτι του ασθενούς
- Υποστήριξη στην φροντίδα χρόνιων ασθενών στο σπίτι τους

Οι προτεραιότητες στις κατηγορίες αυτές πρέπει να θέτονται σε συμφωνία με την αρχή των αποτελεσματικών μεσολαβήσεων (η οποία για παράδειγμα, εξαιρεί τα ομοιοπαθητικά φάρμακα), καθώς επίσης και με την αρχή συνδυασμού κόστους και αποτελεσματικότητας.

Νέα Ζηλανδία

Η Νέα Ζηλανδία, έχει φορολογούμενο σύστημα υγείας. Το 1993, δημιουργήθηκε μια νέα μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας, στην οποία υπήρχε διαχωρισμός του αγοραστή και του προμηθευτή, προκειμένου να αναπτυχθεί μια εσωτερική αγορά. Συνεπώς ο πληθυσμός μπορεί να διαλέξει την ιατρική περίθαλψη που θέλει: από δημόσιους, ή ιδιωτικούς προμηθευτές. Πρόθεση της κυβέρνησης ήταν να περιορίσει το εύρος των υπηρεσιών σε ένα κεντρικό πακέτο που θα περιλάμβανε τις απαραίτητες υπηρεσίες, διατηρώντας όμως την γενική πρόσβαση όλων. Τον Μάρτιο του 1993, δημιουργήθηκε η Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή Κεντρικής Υγείας και Υπηρεσιών Υποστήριξης Αναπηριών. Ο ρόλος της ήταν να παρουσιάζει τις απόψεις της κοινότητας στην κυβέρνηση. Οι επιδιώξεις της Επιτροπής ήταν οι εξής:

- Να βρει έναν αποδεκτό τρόπο αναγνώρισης για το ποιες υπηρεσίες πρέπει να περιληφθούν στη δημόσια υγεία
- Να κάνουν την διαδικασία επιλογής υπηρεσιών, πιο διάφανη για το κοινό
- Να συστήσουν αλλαγές στο βασικό πακέτο υπηρεσιών, προκειμένου να απεικονίζονται οι αξίες της κοινότητας
- Να καθορίσει τους όρους πρόσβασης: ποιος δικαιούται, ποια υπηρεσία και μέσα σε ποιο χρονικό όριο

Σε αντίθεση με την Επιτροπή Dunning στην Ολλανδία, της οποίας το έργο ολοκληρώθηκε όταν παρουσίασε την αναφορά της, η επιτροπή της Νέας Ζηλανδίας έχει μια συνεχή παρουσία, και είναι αναμενόμενη η συνέχεια του ρόλου της να συμβουλευεί την κυβέρνηση στο θέμα προτεραιοτήτων ακόμη και στο μέλλον. Δίνεται ετήσια αναφορά της Επιτροπής για το ποιες υπηρεσίες πρέπει να χρηματοδοτηθούν.

Αρχικά, η Επιτροπή ξεκίνησε με την πρόταση ότι οι ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες είναι απαραίτητες και ιδανικές, καθώς αντανakλούν τις αξίες και τις προτεραιότητες του κοινωνικού συνόλου της Νέας Ζηλανδίας. Επιπλέον η Επιτροπή συνέστησε στην κυβέρνηση το 1995-96, ότι το εύρος και ο αριθμός των υπηρεσιών θα πρέπει να συνεχιστεί, οι πόροι θα πρέπει να μετατοπιστούν, έτσι ώστε οι περισσότερο αποδοτικές υπηρεσίες να λαμβάνουν περισσότερους πηγές χρηματοδότησης και οι χρόνοι αναμονής για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες πρέπει να μειωθούν. Η συγκεκριμένη λίστα υπηρεσιών απορρίφθηκε.

Τον ακόλουθο χρόνο, το αίτημα να συνεχιστούν να υπάρχουν οι υπηρεσίες που υπήρχαν από παλιά αφαιρέθηκε, και έτσι δόθηκε περισσότερο ελευθερία στις αρχές

υγείας, να προσαρμόσουν τις πολιτικές προμήθειας υπηρεσιών ακολουθώντας όμως τα εθνικά κριτήρια και τις προτεραιότητες υπηρεσιών. Η επιτροπή ανέπτυξε 5 κριτήρια με την βοήθεια των οποίων θα αποφασιστεί ποιες υπηρεσίες θα χρηματοδοτηθούν από το δημόσιο:

- ☛ Το κόστος της υπηρεσίας
- ☛ Της απόδοσης της υπηρεσίας
- ☛ Της διαθεσιμότητας της υπηρεσίας
- ☛ Τις απόψεις από την διαβούλευση με το κοινό
- ☛ Προσδιορισμό της επίδρασης των συνιστώμενων αλλαγών

Όπως και στην Ολλανδία, έτσι και στη Νέα Ζηλανδία, δεν έγινε καμία ουσιαστική προσπάθεια να καθοριστεί η λίστα του βασικού πακέτου υπηρεσιών. Ωστόσο, η Νέα Ζηλανδία φαίνεται να είναι περισσότερο επιφυλακτική με τυχόν αλλαγές στις υπηρεσίες πρόνοιας, με μεγαλύτερη διάθεση να γίνονται αλλαγές στις προτεραιότητες των υπηρεσιών όταν αυτό είναι αναγκαίο, και τέλος διακρίνεται από την ελαστικότητα της να κάνει αλλαγές στις υπηρεσίες του βασικού πακέτου. Επιπρόσθετα, η τακτική που ακολουθήθηκε στη Νέα Ζηλανδία φαίνεται ότι έλαβε υπόψη της την κοινή γνώμη για τον προσδιορισμό των προτεραιοτήτων. Πραγματοποιήθηκαν πολυάριθμες συναντήσεις με αντιπροσώπους του κοινωνικού συνόλου όπως επίσης, συμπληρώθηκαν και πολλά ερωτηματολόγια τα οποία στάλθηκαν μέσω ταχυδρομείου. Η επιτροπή συνεργάστηκε στενά με την ιατρική επιστήμη έτσι ώστε να υπάρχει ομοφωνία στους τρόπους με τους οποίους θέτονται επιλογές και με βάση προτεραιοτήτων επιλέγονται οι υπηρεσίες που θα αποτελέσουν το βασικό πακέτο υπηρεσιών, οι οποίες θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ατόμων.

Γερμανία

Το γερμανικό σύστημα υγείας το οποίο βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση, υποβλήθηκε σε λεπτομερή εξέταση από το 1980 και έπειτα, όταν άρχιζαν να γίνονται μεταρρυθμίσεις που απέβλεπαν στην ανάσχεση του κόστους. Ως μέρος της προσπάθειας που γίνεται για μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας, ο υπουργός Υγείας ζήτησε από την Συμβουλευτική επιτροπή της Υγείας να ετοιμάσει μια αναφορά με προτάσεις για την ανάπτυξη και βελτίωση του συστήματος υγείας τον επόμενο αιώνα. Οι ερωτήσεις με τις οποίες ασχολήθηκε η Επιτροπή της Υγείας ήταν οι εξής: Ποια οφέλη θα παραμείνουν απαραίτητα στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας και μετά το 2000; Μπορεί να γίνει επιλεκτική διαλογή των ωφέλιμων υπηρεσιών και με βάση ποια κριτήρια; Πως θα μπορούσαν να εξασφαλιστούν οι ωφέλιμες υπηρεσίες χωρίς περαιτέρω δαπάνες για το σύστημα; Η επιτροπή, πρότεινε ιατρικά, οικονομικά και κοινωνικοπολιτικά κριτήρια για την κατηγοριοποίηση των προνομίων. Τα ιατρικά κριτήρια περιλαμβάνουν βελτίωση της ποιότητας ζωής και θεραπείες που μπορεί να παρατείνουν την διάρκεια ζωής. Τα οικονομικά κριτήρια αναφέρονται στην σχέση απόδοσης και κόστους, την ικανότητα για ασφάλιση και για το αν η θεραπεία θα μπορούσε να αποφευχθεί από την υπεύθυνη συμπεριφορά του ατόμου. Τα κοινωνικοπολιτικά κριτήρια είναι η κακουχία και το οικονομικό στρες.

Πολλά μοντέλα παράχθηκαν, όμως η απόφαση για τα ποια θα εγκριθούν ανήκει στη κυβέρνηση και στα ταμεία ασφαλίσεων. Οι προτάσεις της Γερμανίας για τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας, ήταν πιο γενικές από τις προτάσεις της επιτροπής Dunning στην Ολλανδία. Δεν αποσκοπούν στην δημιουργία ενός περιεκτικού και ολοκληρωμένου συστήματος υγείας, ούτε γίνονται λεπτομερείς συστάσεις για το πώς πρέπει να κατηγοριοποιηθούν οι υπηρεσίες υγείας με βάση προτεραιότητας. Ωστόσο, οι γερμανικές προτάσεις δεν αποκλείουν την αύξηση του ρόλου του ιδιωτικού τομέα. Επιπλέον, η Συμβουλευτική Επιτροπή προτείνει κάτι που οι άλλες χώρες απέρριψαν κατηγορηματικά: την αρχή οφέλους, δηλαδή, αυτοί που θα επωφελούνται από μια υπηρεσία θα πληρώνουν γι' αυτή. Σύμφωνα, όμως με την Επιτροπή, η αρχή αυτή θα χρησιμοποιείται να αποκλείει από τις υπηρεσίες υγείας τα άτομα εκείνα που με προσωπική τους ευθύνη έφτασαν σε σημείο να χρειάζονται θεραπεία, δηλαδή ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα, την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, τραύματα από επικίνδυνα σπορ κ.α. Η αρχή αυτή όμως έχει μικρή αποδοχή από τον κόσμο.

Ισπανία

Το 1994, μια ομάδα της Ισπανικής Επιτροπής, που συντονίζει τις υπηρεσίες υγείας, ασχολήθηκε με το βασικό πακέτο υπηρεσιών υγείας που θα χορηγηθεί από την NHS (National Health Service). Ο σκοπός του ήταν να τεθούν όρια στο σύστημα υγείας, και να αποφασιστεί ποια υπηρεσία θα συμπεριληφθεί και ποια θα αποκλειστεί. Παρόλο που έγινε κάποια προσπάθεια να διεξαχθεί κάποιο debate των πολιτών, το κοινό δεν ανταποκρίθηκε με το αναμενόμενο ενδιαφέρον. Οι υπηρεσίες χωρίστηκαν σε κατηγορίες και περιλάμβαναν τα εξής:

- Πρωτογενής περίθαλψη
- Ειδικευμένη περίθαλψη
- Συμπληρωματικές υπηρεσίες
- Φάρμακα
- Πληροφορίες και έρευνα

Οι υπηρεσίες υγείας εξαιρούνται όταν ισχύει κάποιο από τα ακόλουθα κριτήρια:

- Υπάρχουν αρνητικά στοιχεία όσον αφορά την ασφάλεια για την ζωή του ασθενούς και την αποδοτικότητα της θεραπείας
- Όταν οι θεραπείες για την συνέχιση της ζωής του ασθενούς, η βελτίωση για την ποιότητα ζωής, και για την μείωση του πόνου, δεν έχουν αποδειχθεί ότι μπορούν να αποφέρουν αποδοτικά αποτελέσματα
- Όταν πρόκειται για διαδικασίες χαλάρωσης, φροντίδας σώματος, αισθητικής, κτλ.

Εκτός από τα παραπάνω γενικά κριτήρια, υπάρχουν 6 τύποι υπηρεσιών που αποκλείστηκαν από το βασικό πακέτο υπηρεσιών υγείας:

1. Αναφορές υγείας και πιστοποιητικά τα οποία δεν είναι νόμιμα
2. Εθελοντικά τσεκ απ
3. Εγχειρήσεις αισθητικής οι οποίες δεν είναι απαραίτητες λόγω κάποιου ατυχήματος ή κάποιάς αρρώστιας
4. Θεραπείες spa και χαλάρωσης
5. Αλλαγή φύλου
6. Ψυχανάλυση ή ύπνωση

Στη περίπτωση νέων υπηρεσιών προκειμένου να συμπεριληφθούν στο βασικό πακέτο, πρέπει να τηρούν τα εξής κριτήρια:

- Κλινική αποδοτικότητα
- Απουσία εναλλακτικών θεραπειών με χαμηλότερο κόστος
- Διαθέσιμη τεχνολογία και ειδικό ιατρικό προσωπικό για την συγκεκριμένη θεραπεία

Ηνωμένο Βασίλειο

Το εθνικό σύστημα υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο χρηματοδοτείται μέσω των φόρων. Μεγάλες μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας είχε σαν αποτέλεσμα τον διαχωρισμό μεταξύ αγοραστή και προμηθευτή. Ωστόσο, υπάρχουν σχέσεις εργοληψίας μεταξύ των δύο έτσι ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό για τους πολίτες μέσω της δημιουργίας ενός ολοκληρωμένου και περιεκτικού συστήματος υγείας. Πιστεύεται ότι οι 'αγοραστές' αντιπροσωπεύοντας τους πολίτες θα διασφαλίσουν τις υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών, προάγοντας με αυτόν τον τρόπο την αμεροληψία στην ιατρική μέριμνα.

Επιπρόσθετα, στον μετέπειτα ανταγωνισμό μεταξύ των προμηθευτών, η εκδήλωση της προθυμίας να συνάψουν σχέσεις με τους αγοραστές έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση τόσο της ποιότητας όσο και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών. Οι περιφερειακές αρχές απέκτησαν την ευθύνη να αξιολογήσουν τις ανάγκες των πληθυσμών τους και συνέστησαν την ίδρυση επιτροπών αποτελούμενες από προμηθευτές. Συνεπώς, οι προμηθευτές έχουν την ευθύνη των υπηρεσιών που θα παρέχονται στους πολίτες σύμφωνα με τις προτεραιότητες του πληθυσμού. Παρ'όλα αυτά, υπάρχουν συσσωρευμένα στοιχεία που δείχνουν ότι οι αρχικές προσδοκίες για τους προμηθευτές και για τους ρόλους που ανέλαβαν, απέτυχαν. Σε αυτό το σημείο μπορούν να συνοψιστούν τέσσερα προβλήματα που προέκυψαν:

1. Σε κάθε περιοχή, η εκάστοτε περιφερειακή εξουσία της Υγείας, καθορίζει με διαφορετικό τρόπο τις ανάγκες των πολιτών, και τίθεται έτσι το ερώτημα πως θα επιτευχθεί μια καθιερωμένη βάση σε εθνικό επίπεδο για τις ανάγκες, έτσι ώστε να μην διακινδυνεύεται η έννοια της αμεροληψίας στις υπηρεσίες υγείας.
2. Οι δυσκολίες που παρουσιάζονται σχετικά με την ανάγκη για πληροφορίες σχετικές με το κόστος και τις υπηρεσίες.
3. Υπάρχουν δυσκολίες σχετικά με την χρησιμότητα ύπαρξης συστηματικής αξιολόγησης, και στη σύγκρισή ωφελειών που αποφέρουν οι ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες.
4. Δυσκολίες σχετικά με την έλλειψη ενός ηθικού κανόνα μεταξύ και άλλων κριτηρίων προκειμένου να παρθεί απόφαση για κάποια υπηρεσία

Οι πρώτες τρεις δυσκολίες είναι τεχνικού περιεχομένου ενώ η τέταρτη ανήκει σε ηθικό επίπεδο. Τα παραπάνω εμπόδια οδήγησαν στα ακόλουθα αποτελέσματα στην εφαρμογή προτεραιοτήτων στις υπηρεσίες. Για τις περισσότερες περιφερειακές αρχές της Υγείας υπάρχει απόκλιση μεταξύ των προτεραιοτήτων που εκφράστηκαν στο

σχέδιο από τους αγοραστές και τις προτεραιότητες που αντιπροσωπεύτηκαν όπως φαίνεται από τις δαπάνες των υπηρεσιών υγείας. Με άλλα λόγια, ότι λέγεται στη θεωρία δεν εφαρμόζεται και στην πράξη.

Ένας μεγάλος αριθμός των περιφερειακών αρχών της Υγείας παρουσίασαν μια λίστα υπηρεσιών τις οποίες απέκλειαν από τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Οι εξαιρούμενες υπηρεσίες μπορούν να χωριστούν σε δύο ομάδες:

- Σε καταστάσεις αυτοεπιβαλλόμενες, για παράδειγμα η αφαίρεση tattoo
- Σε καταστάσεις των οποίων οι ανάγκες δεν καθορίζονται μόνο από τον ειδικό επιστήμων αλλά από την ανάγκη του ατόμου, π.χ. επεμβάσεις αισθητικής

Κατηγορίες όπως οι παραπάνω, περιθωριοποιούνται και επιπλέον συνεπάγονται τον επαναπροσδιορισμό των ευθυνών του συστήματος υγείας χωρίς όμως να προηγηθεί κάποιος διάλογος ή κάποια σύσκεψη με τους πολίτες.

Συμπερασματικά, ισχύουν τα εξής:

- ✚ Οι Αρχές της Υγείας μετέφεραν την υπευθυνότητα για τις υπηρεσίες υγείας, μέσω των προτεραιοτήτων, στους γιατρούς.
- ✚ Στο κλινικό επίπεδο, οι ερωτήσεις οι οποίες εμφανίζονται στο προσκήνιο είναι:
 - Πως οι κλινικοί ιατροί θα πάρουν αποφάσεις σχετικά με τις προτεραιότητες των υπηρεσιών υγείας;
 - Υπάρχει τρόπος να διασφαλιστεί ότι η επιλογή θα γίνει με συνέπεια και τα κριτήρια που θα χρησιμοποιηθούν θα είναι αποδεκτά από τον κόσμο;
 - Εάν ναι, τότε ποια είναι αυτά τα κριτήρια;

Το Ηνωμένο Βασίλειο διαφέρει από την Νέα Ζηλανδία, καθώς δεν γίνεται καμία προσπάθεια να επιβληθούν κατευθυντήριες γραμμές ή όροι στο θέμα των προτεραιοτήτων για τις υπηρεσίες υγείας. Ως αποτέλεσμα των παραπάνω διενεργειών, όλο και περισσότερο άτομα στρέφονται στην ιδιωτική ασφάλιση

Νορβηγία

Η Νορβηγία, ήταν πρώτη από τις σκανδιναβικές χώρες που άρχισε να μελετά το σχέδιο για την εφαρμογή προτεραιοτήτων στο σύστημα υγείας. Το 1985 δημιουργήθηκε η Lonning Επιτροπή, η οποία δημοσίευσε μια αναφορά το 1987, αναλύοντας τα θέματα όσον αφορά την εφαρμογή προτεραιοτήτων. Μια νέα αναφορά δημοσιεύτηκε το 1998 στην οποία εκτός από την σοβαρότητα της ασθένειας, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας και η σχέση μεταξύ κόστους και απόδοσης, ήταν τα κριτήρια στη εφαρμογή προτεραιοτήτων των υπηρεσιών.

Το 1998 γνωστοποιήθηκε μια λίστα με 4 ομάδες υπηρεσιών:

1. Βασικές υπηρεσίες υγείας
2. Επιπρόσθετες υπηρεσίες υγείας
3. Υπηρεσίες χαμηλής προτεραιότητας
4. Υπηρεσίες που εξαιρέθηκαν από τις υπηρεσίες πρόνοιας

Μεγαλύτερη σημασία δόθηκε στην φροντίδα ασθενών με διανοητικά προβλήματα, για τα άτομα που χρειάζονταν αποκατάσταση και στην κοινωνία, Έτσι, η Επιτροπή συνέστησε τα ακόλουθα:

-  Το θέμα της άμεσης πληρωμής από τους ασθενείς θα έπρεπε να εξεταστεί, ειδικά στην περίπτωση υπηρεσιών της τρίτης κατηγορίας (υπηρεσίες χαμηλής προτεραιότητας)
-  Ο προσδιορισμός της ιατρικής τεχνολογίας και η οικονομική αποτίμηση θα έπρεπε να τυγχάνουν μεγαλύτερης σημασίας και να παίζουν σημαντικό ρόλο στον καθορισμό των προτεραιοτήτων
-  Πρέπει να γίνουν συγκεκριμένες οι θεραπείες για διαφορετικές καταστάσεις, έτσι ώστε να υπάρχει ομοιομορφία και συνοχή στο καθορισμό των προτεραιοτήτων. Η επιτροπή προσδοκεί ότι ομάδες ειδικών θα δώσουν τη δική τους εκδοχή στο θέμα των προτεραιοτήτων, έτσι ώστε οι υπηρεσίες να κατανεμηθούν στις 4 κατηγορίες που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Σουηδία

Το 1992 δημιουργήθηκε η σουηδική Κοινοβουλευτική Επιτροπή Προτεραιοτήτων, της οποίας η τελική αναφορά στο θέμα των προτεραιοτήτων δημοσιεύθηκε το 1993. Τα συμπεράσματα της και οι προτάσεις της, βασίστηκαν σε εκτεταμένα ερωτηματολόγια, σε μελέτες με ειδικούς και με αντιπροσώπους οργανισμών, σε συναντήσεις με πολιτικούς, με ιατρικό προσωπικό, και με αντιπροσώπους της κοινής γνώμης.

Η επιτροπή βάσισε τις τελικές της αποφάσεις σε τρεις ηθικές αξίες, οι οποίες παρατίθενται στη συνέχεια, κατά αυξούσης σημασίας:

- 1) Την αρχή της ισότητας και της αξιοπρέπειας : όλοι οι άνθρωποι είναι ίσοι και έχουν τα ίδια δικαιώματα
- 2) Την αρχή της ανάγκης και της αλληλεγγύης : οι πηγές χρηματοδοτήσεων πρέπει να δοθούν στο πεδίο όπου οι ανάγκες είναι μεγαλύτερες, και η αλληλεγγύη αναφέρεται στο γεγονός πως πρέπει να δίνεται μεγαλύτερη σημασία στις ανάγκες εκείνων των ατόμων, που έχουν μικρότερη πιθανότητα να ακουστεί η φωνή τους ή να εξασκήσουν τα δικαιώματά τους.
- 3) Η σχέση κόστους – απόδοσης : θα πρέπει να υπάρχει μια λογική σχέση κόστους – απόδοσης της θεραπείας για τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής. Η αρχή αυτή εφαρμόζεται μόνο όταν για μια ασθένεια υπάρχουν εναλλακτικές θεραπείες.

Η επιτροπή έκανε έναν διαχωρισμό μεταξύ των προτεραιοτήτων που θέτονται σε πολιτικό επίπεδο και των προτεραιοτήτων που θέτονται σε κλινικό επίπεδο. Και τα δυο επίπεδα καθόρισαν 5 ομάδες προτεραιοτήτων:

-  Θεραπεία παθήσεων απειλητικών για τη ζωή του ασθενούς, και ασθενειών που μπορεί να οδηγήσουν σε μερική αναπηρία ή σε πρόωρο θάνατο
-  Πρόληψη με τεκμηριωμένο όφελος για τον ασθενή
-  Θεραπεία λιγότερων σοβαρών παθήσεων και χρόνιων ασθενειών
-  Οριακές καταστάσεις
-  Θεραπεία για λόγους εκτός ασθένειας ή ατυχήματος

Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι το θέμα των προτεραιοτήτων στη Σουηδία διαφέρει από κάποιες άλλες χώρες που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Φινλανδία

Η Φινλανδία επηρεάστηκε από την προσέγγιση που ακολουθήθηκε στην Σουηδία, στο θέμα των προτεραιοτήτων. Το 1992, η Εθνική επιτροπή Υγείας, διόρισε μια ομάδα ατόμων προκειμένου να αναλάβουν το θέμα των προτεραιοτήτων στο σύστημα υγείας. Δύο περαιτέρω ομάδες δημιουργήθηκαν στη συνέχεια και η αναφορά τους περί προτεραιοτήτων, δημοσιεύθηκε το 1996. Η έρευνα στην Φινλανδία ήταν περισσότερο διερευνητική απ'ότι στη Σουηδία. Η επιτροπή στην Φινλανδία έκανε ανασκόπηση σχετικά με τα ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα που προκύπτουν κατά την διαδικασία του καθορισμού των προτεραιοτήτων και έδειξε μεγάλο ενδιαφέρον στο να φέρει στο φως τα θέματα και τις αξίες που πρέπει να ληφθούν υπόψη στην όλη διαδικασία. Ωστόσο, δεν έκανε ειδικές συστάσεις για το πώς πρέπει να διανεμηθούν οι υπηρεσίες και για το ποιες προτεραιότητες πρέπει να τεθούν. Οι συστάσεις που έκανε ήταν περισσότερο γενικής φύσεως. Οι ηθικές αξίες που δρομολόγησαν τις προτεραιότητες ήταν οι εξής:

-  Τα ανθρώπινα δικαιώματα
-  Αυτό-προσδιορισμός
-  Ισότητα
-  Δικαιοσύνη

Η επιτροπή έκανε και άλλες συστάσεις, που αφορούν περισσότερο την υγεία και το περιβάλλον του συστήματος υγείας, συνέστησε περισσότερο επιμόρφωση και γνώσεις για τους πολίτες, να αυξήσουν την ικανότητα τους να φροντίζουν τον εαυτό τους:

-  Να συμμετέχουν στις διεργασίες προτεραιοτήτων
-  Να ενισχύσουν τις δραστηριότητες προαγωγής της υγείας
-  Να ενισχύσουν το προσωπικό της ιατρικής περίθαλψης στις επαγγελματικές τους αποφάσεις
-  Να διασφαλίσουν την καλή συνεργασία μεταξύ πρωτογενούς και τριτογενούς περίθαλψης
-  Να διασφαλίσουν, οι μέθοδοι υγείας να αποτιμούν καταλλήλως την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα, και την αποδοτικότητα, προτού τεθούν σε χρήση

Μέθοδοι που χρησιμοποιούν οι χώρες στο θέμα των προτεραιοτήτων των υπηρεσιών Υγείας

Ηθικές αξίες

Οι ηθικές αξίες επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο καθορίζονται οι προτεραιότητες στα συστήματα υγείας. Ο αριθμός των ηθικών αξιών που σχετίζονται, ποικίλλουν από 3-4 στην Ολλανδία, στη Ν.Ζηλανδία, στη Σουηδία, και στο Ηνωμένο βασίλειο, και έως 13 στο Όρεγκον. Κυρίως όμως δύο είναι εκείνες που πρωταγωνιστούν. Από την μια πλευρά, υπάρχει η επιθυμία να διασωθεί η αμεροληψία και από την άλλη να προαχθεί η υγεία. Ο μεν, αφορά τις ανάγκες των ατόμων ειδικά των ευπαθών ατόμων της κοινωνίας και ο δε, να μεγιστοποιήσει το όφελος για την κοινωνία. Στο ερώτημα 'Ποια από τις δύο αξίες πρέπει να έχει προβάδισμα', κρίνεται απαραίτητη η παρουσία των άλλων αξιών: η αποδοτικότητα της θεραπείας, το κόστος της θεραπείας, ο αριθμός των ατόμων που επωφελούνται, όπως επίσης και η ποιότητα ζωής. Η Σουηδία και η Ολλανδία είναι οι 2 χώρες που προσφέρουν την μεγαλύτερη αντίθεση στις ηθικές αξίες.

Στην Σουηδία, από τις 3 ηθικές αξίες η ανθρώπινη αξιοπρέπεια ή η αμεροληψία έρχονται πρώτες ενώ το κόστος της αποδοτικότητας έρχεται τελευταίο. Οι πρώτες αξίες σχετίζονται με τις ανάγκες των ατόμων ενώ η τελευταία με τη μεγιστοποίηση του οφέλους της κοινότητας. Αυτό σημαίνει ότι η φροντίδα πρέπει ορισμένες φορές να δίνεται ακόμη και όταν η θεραπεία είναι πολύ ακριβή. Επιπλέον, στην Σουηδία έχουν αποκλειστεί κάποιες αρχές. Μια από αυτές ήταν ότι δεν έπρεπε να γίνει καμία προσπάθεια προκειμένου να βοηθηθούν πολλά άτομα με ήπιες διαταραχές, αλλά αντίθετα έπρεπε να γίνει προσπάθεια να βοηθηθούν λίγα άτομα με σοβαρότερες διαταραχές.

Στην Ολλανδία, σε αντίθεση με την Σουηδία, το κοινό όφελος έχει προτεραιότητα εδώ. Ωστόσο, τα ευπαθή άτομα έχουν την εύνοια του συστήματος υγείας. Για τα άτομα με διανοητική καθυστέρηση όπως επίσης και για τα άτομα με χρόνιες ασθένειες υπάρχει ξεχωριστό σύστημα ασφάλισης για την φροντίδα της υγείας τους. Σε αυτόν τον τομέα η Ολλανδία είναι η μοναδική χώρα αλλά εάν κάποια στιγμή εφαρμοστούν σχέδια για ένα και μόνο σύστημα τότε οι ανάγκες για τις ομάδες ευπαθών ατόμων θα πρέπει να διασφαλιστούν.

Ηλικία και τρόπος ζωής

Σε διάφορες χώρες της Ευρώπης η ηλικία και ο τρόπος ζωής χρησιμοποιούνται ως παράγοντες για τον καθορισμό των προτεραιοτήτων. Πολλοί κίνδυνοι για την υγεία, και πρόωροι θάνατοι συνδέονται με τον τρόπο ζωής. Η διατροφή, το κάπνισμα, και τα οινοπνευματώδη ποτά μπορούν να επηρεάσουν την υγεία αλλά και την ίδια την ζωή. Επιστημονικά δεδομένα παρέχουν στοιχεία για την σπουδαιότητα του ρόλου της διατροφής στην προαγωγή της υγείας και στην προληπτική ιατρική. Η υγιεινή διατροφή, έχει την ικανότητα να μειώσει τους παράγοντες κινδύνου χρόνιων παθήσεων. Ωστόσο οι παράγοντες αυτοί δεν ακολουθούνται πάντοτε. Πιο συγκεκριμένα, η Σουηδία δίνει προτεραιότητα θεραπείας σε άτομα με μερική αναπηρία εξαιρώντας από την διαδικασία άτομα άνω των 70 ετών. Στη Ν. Ζηλανδία άτομα άνω των 75 ετών δεν επιλέγονται για αιμοδιάλυση ή για μεταμόσχευση νεφρού. Επιπλέον, άτομα ακόμη μεγαλύτερα είναι δύσκολο ακόμη και ακατόρθωτο να διασφαλίσουν επέμβαση bypass. Ομοίως, στο Ηνωμένο βασίλειο, η ηλικία από παλιότερα παραμένει καθοριστικός παράγοντας για ένα άτομο προκειμένου να επιβληθεί σε καρδιακή επέμβαση, σε αιμοκάθαρση ή σε κάποιες άλλες θεραπείες. Σχεδόν παντού, φαίνεται ότι παρόμοιες αξίες υπερισχύουν όταν χρειάζεται να ληφθούν δύσκολες αποφάσεις για την επιλογή ατόμων σε σπάνιες και δύσκολες μεταμοσχεύσεις οργάνων όπως επίσης και για την νοσηλεία ατόμων σε μονάδες εντατικής θεραπείας.

Ακόμη και ο τρόπος ζωής δεν λαμβάνεται πάντα υπόψη. Στην Ολλανδία η συμβουλευτική επιτροπή αρνείται να καλύψει τα έξοδα φυσιοθεραπείας σε άτομα με τραύματα μέσω αθλημάτων. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, στους καπνιστές δεν καλύπτονται οι καρδιακές επεμβάσεις. Όσον αφορά το κάπνισμα, οι περιορισμοί αυξάνονται και στους ασθενείς που αρνούνται να σταματήσουν το κάπνισμα αποκλείονται από ακριβές θεραπείες για τον καρκίνο του πνεύμονα. Αυτό ισχύει στο Ηνωμένο Βασίλειο όπως επίσης και στην Αμερική. Αλλά η ίδια βαρύτητα δεν έχει δοθεί στην παχυσαρκία παρόλο που έχει διαδοθεί σχεδόν παντού και έχει βαρύτερες συνέπειες στην καρδιακή θεραπεία, στο εγκεφαλικό και στον καρκίνο. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα παχύσαρκα άτομα μπορεί να αποκλειστούν από καρδιακές επεμβάσεις ωστόσο χάνουν βάρος, αλλά στο Όρεγκον δεν έχει δοθεί η ίδια βαρύτητα συγκριτικά με τους καπνιστές. Παρ'όλα αυτά, στο Όρεγκον δημιουργείται το κατάλληλο και ασφαλές περιβάλλον μέσα στο οποίο γίνονται προσπάθειες προσέγγισης των ασθενών προκειμένου να κατανοήσουν την σημαντικότητα του ρόλου της διατροφής στην πρόληψη των ασθενειών.

Λίστες Αναμονής

Λίστες αναμονής για μοσχεύματα υπάρχουν παντού λόγω των ελλείψεων οργάνων. Η μεγαλύτερη σε αναμονή ανάμεσα στις αναπτυγμένες χώρες, είναι στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Νέα Ζηλανδία, στη Νορβηγία, στην Σουηδία καθώς επίσης και σε άλλες χώρες με φορολογούμενα συστήματα. Αντίθετα, οι λίστες αναμονής είναι σχεδόν άγνωστες στη Γαλλία, στην Γερμανία και σε άλλες χώρες εξαιτίας της ύπαρξης των ταμείων ασφαλίσεων τα οποία παρέχουν δικαιώματα στους ασφαλισμένους.

Στη Νορβηγία και στην Σουηδία, οι λίστες αναμονής είναι πρωτίστης σημασίας, διότι πιθανές καθυστερήσεις στις θεραπείες αντιμετωπίζεται ως αποτυχία του συστήματος Υγείας. Η Νορβηγία ήταν η πρώτη που επέβαλλε χρονικό όριο 6 μηνών για θεραπεία σοβαρών περιπτώσεων, αλλά τα αποτελέσματα δεν ήταν ανάλογα των προσδοκιών, ούτε μειώθηκε σημαντικά ο αριθμός των ασθενών στις λίστες. Το 1999 το όριο μειώθηκε στους 3 μήνες για λιγότερο σοβαρές παθήσεις και σε 6 μήνες για σοβαρότερες ασθένειες. Στη Σουηδία τέθηκε χρονικό περιθώριο 3 μηνών για 12 περιπτώσεις, εκ των οποίων οι 11 αφορούσαν εγχειρήσεις και μετεγχειρητικές θεραπείες. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μεγάλη μείωση της λίστας αναμονής. Μελλοντικά σχέδια περιλαμβάνουν όρια αναμονής ακόμη και σε περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων και στο διαβήτη.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι λίστες αναμονής είναι το καίριο σημείο προσοχής. Η προσοχή επικεντρώνεται κυρίως στον αριθμό που βρίσκεται σε αναμονή παρά για την ανάγκη των συγκεκριμένων ατόμων για νοσοκομειακή φροντίδα. Ασθενείς που χρειάζονται καρδιακές επεμβάσεις προκειμένου να συνεχιστεί η ζωή τους, χρειάζεται να περιμένουν για την αφαίρεση κισμών. Αυτό το γεγονός, έχει κοστίσει την ζωή αρκετών ασθενών στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Στη Νέα Ζηλανδία αναπτύχθηκε ένα σύστημα με σκορ για 6 επεμβάσεις. Τα κριτήρια είναι βασισμένα στο αναμενόμενο όφελος για τα άτομα που υποβάλλονται στην διαδικασία, λαμβάνοντας υπόψη τον πόνο, φόβος για κάποια ανωμαλία κατά την επέμβαση, κοινωνικούς και άλλους παράγοντες. Αλλά κανένα ενδιαφέρον δεν εκδηλώνεται στον χρόνο αναμονής των ασθενών ούτε για το κόστος που επέρχεται παρά μόνο για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Κατά την διάρκεια εύρεσης χρηματοδοτήσεων, τα όρια χρειάζεται να τεθούν υψηλότερα απ'ότι είναι κλινικά επιθυμητό. Οι γιατροί λαμβάνουν τα συγκεκριμένα όρια ως προσωρινά μέτρα εξαιτίας των ελλειμμάτων που τυχόν θα υπάρξουν σε χειρουργεία και σε προσωπικό. Κατά την διάρκεια ελλείψεων αποθεμάτων δεν έχει γίνει καμία εκτίμηση για την

μοίρα των ασθενών που είναι αναγκασμένοι να περιμένουν μέχρι να έρθει η δική τους περίπτωση στα επιθυμητά όρια για το ιατρικό προσωπικό.

Αποκλεισμός υπηρεσιών από την λίστα προτεραιοτήτων

Αποκλείοντας υπηρεσίες ολοκληρωτικά αποφέρει κάποια προτερήματα στον καθορισμό των προτεραιοτήτων σε σχέση με άλλες μεθόδους με σημαντικότερο την άμεση μείωση του κόστους. Ωστόσο υπάρχουν και ορισμένα μειονεκτήματα. Η μείωση στο κόστος μπορεί να μην ισχύει πάντοτε καθώς με τον αποκλεισμό ορισμένων υπηρεσιών για συγκεκριμένες θεραπείες έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους στην θεραπεία του ασθενούς με άλλη διαδικασία. Αλλά το μεγαλύτερο μειονέκτημα είναι η αντίδραση του κοινού στην όλη κατάσταση. Οι εξαιρέσεις ορισμένων θεραπειών γίνονται πολύ γρήγορα αναγνωρίσιμες προκαλώντας το ενδιαφέρον των media με άμεση συνέπεια την διαμαρτυρία του κοινού. Αυτός είναι και ο λόγος που στην Νέα Ζηλανδία και στην Ολλανδία ήταν τόσο δύσκολο να αποκλείσουν ορισμένες υπηρεσίες που θα μπορούσαν να διατεθούν δωρεάν από το σύστημα υγείας. Μόνο στο Όρεγκον έχουν αποκλειστεί από το σύστημα υγείας αρκετές υπηρεσίες οι οποίες όμως μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τα άτομα με χαμηλό εισόδημα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο αποκλείστηκαν υπηρεσίες όπως π.χ αισθητικές επεμβάσεις.

Κατευθυντήριες γραμμές

Οι κατευθυντήριες γραμμές παρέχουν ένα πιο συγκεκριμένο τρόπο στον καθορισμό των προτεραιοτήτων. Δείχνουν τον τρόπο με τον οποίο προσφέρονται στους ασθενείς έτσι ώστε να επωφεληθούν. Οι οδηγίες σκοπεύουν να προσφέρουν τη φροντίδα που είναι η καλύτερη σε κάθε περίπτωση, και επιπλέον αποσκοπούν στο να γίνουν πιο αποτελεσματικές οι κλινικές υπηρεσίες. Οι κατευθυντήριες γραμμές έχουν την αποδοχή του κόσμου και αυτό δίνει και στους πολιτικούς το έναυσμα να τις επιλέξουν έναντι του αποκλεισμού υπηρεσιών από το σύστημα υγείας. Ωστόσο, οι κατευθυντήριες γραμμές δεν είναι μόνο δύσκολο να ετοιμαστούν αλλά γίνεται ακόμη πιο δύσκολο να εφαρμοστούν. Δεν μπορούν να καλύψουν όλο το φάσμα της υγείας και ούτε υπάρχουν στοιχεία ότι μπορούν να επιτύχουν περικοπές στο κόστος των υπηρεσιών, ορισμένες στην πραγματικότητα μπορεί και να αυξήσουν το κόστος.

Στη Νέα Ζηλανδία, έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στην εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών, ωστόσο, δεν μπορούν να καλύψουν όλο το φάσμα του συστήματος υγείας και γι' αυτό είναι απαραίτητες και άλλες μέθοδοι. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν λίγα στοιχεία που αποδεικνύουν ότι οι κατευθυντήριες γραμμές εφαρμόστηκαν ευρέως ή ότι είχαν αντίκτυπο στο κόστος.

Παρόλο που το Όρεγκον διατήρησε την πολιτική του αποκλεισμού των υπηρεσιών από το σύστημα υγείας, θεώρησε ότι είναι αναγκαίο να χρησιμοποιηθούν και οι κατευθυντήριες γραμμές προκειμένου να καθοριστούν πότε πρέπει να γίνει κάποια εξαίρεση. Αλλά, χρειάζεται πολλή δουλειά προκειμένου να καλυφθεί η λίστα με όλες τις υπηρεσίες. Τέσσερις κατευθυντήριες γραμμές προετοιμάζονται κάθε χρόνο και μόνο το 1/5 της λίστας καλύπτεται. (χρειάζεται 37 χρόνια για να καλυφθεί). Οι περισσότερες από τις κατευθυντήριες γραμμές έχουν την ικανότητα να επεκτείνουν το εύρος των υπηρεσιών, αλλά αυτό όμως δεν έγινε με την οδοντιατρική φροντίδα για τους ενήλικες.

Σύνοψη

Μετά την παρουσίαση των παραπάνω μεθόδων που συνήθως χρησιμοποιούνται προκειμένου να τεθούν προτεραιότητες στις υπηρεσίες υγείας για μείωση των δαπανών, καταλήγουμε στα εξής σημεία:

1. Υποκειμενικές κρίσεις εμπλέκονται σε όλα τα στάδια της διαδικασίας του καθορισμού των προτεραιοτήτων. Υπάρχει έλλειψη στοιχείων και τα στοιχεία συνήθως είναι απαραίτητα προκειμένου να διασαφηνιστεί η όλη διαδικασία. Η προετοιμασία και η τήρηση της λίστας στο Όρεγκον περιλαμβάνει μεγάλο σύνολο από λεπτομέρειες και ανάλογη προσέγγιση παρατηρείται και στην Νέα Ζηλανδία. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στον καθορισμό των προτεραιοτήτων πρέπει να στοχεύουν στην όσο καλύτερη δυνατή σχέση μεταξύ κόστους και απόδοσης της υπηρεσίας.
2. Ούτε οι αποκλεισμοί των υπηρεσιών ούτε οι κατευθυντήριες οδηγίες από μόνες τους, είναι σε θέση να προσφέρουν επαρκείς τρόπους έτσι ώστε να καθοριστούν προτεραιότητες στην λίστα των υπηρεσιών. Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν αποτελούν τρόπο μείωσης του κόστους για όλες τις υπηρεσίες, και μπορεί ακόμη και να αυξήσουν τις δαπάνες σε ορισμένες περιπτώσεις. Θεωρούνται ως ο ιδανικός τρόπος χορήγησης της κατάλληλης ιατρικής φροντίδας αναλόγως της κατάστασης του ασθενούς, και διαδραματίζουν μόνο βοηθητικό ρόλο, ως μέθοδος, στον καθορισμό των προτεραιοτήτων, αναγνωρίζοντας τις περιπτώσεις στις οποίες είναι απαραίτητο να χορηγηθεί ιατρική φροντίδα, και ποιες καταστάσεις πρέπει να αποκλειστούν από την λίστα.
3. Που πρέπει να γίνουν περικοπές; Οι υπηρεσίες με το μεγαλύτερο κόστος είναι εκείνες που γίνονται συνήθως στόχος, ωστόσο όμως και ορισμένες υπηρεσίες πρόληψης της υγείας γίνονται στόχος αποκλεισμού από την λίστα αποβλέποντας στην μείωση του κόστους των συστημάτων υγείας. Ο τρόπος με τον οποίο ορίζονται οι προτεραιότητες στις υπηρεσίες υγείας, συνήθως επηρεάζονται από την κοινή γνώμη. Σε ορισμένες χώρες, θεωρείται ότι ο ηλικιωμένος πληθυσμός αυξάνεται συνεχώς και 'καταναλώνει' μεγάλο κόστος από τις υπηρεσίες υγείας παρόλα αυτά όμως θεωρείται ότι προηγείται η ιατρική του φροντίδα. Σε άλλες χώρες δίνεται έμφαση στις μεταμοσχεύσεις των οργάνων ως προτεραιότητα. Γενικότερα, είναι φανερό ότι οι προτεραιότητες των υπηρεσιών επηρεάζονται από τις συμπεριφορές κουλτούρας των χωρών. Δεν υπάρχει ένας μόνο τρόπος ή μία μόνο σωστή

μέθοδος να ορίσεις προτεραιότητες στα συστήματα υγείας. Κάθε χώρα πρέπει να βρει τον δικό της τρόπο.

4. Μερικοί πιστεύουν ότι οι απόψεις του κοινού, δεν λαμβάνονται υπόψη, και όταν λαμβάνονται υπόψη, αυτό γίνεται μόνο και μόνο να μετατεθεί και μερίδιο ευθύνης στην κοινή γνώμη όταν είναι να ληφθούν δύσκολες αποφάσεις. Κάτι τέτοιο όμως δεν φαίνεται να ισχύει στη Νέα Ζηλανδία και στην Ολλανδία. Και οι δύο χώρες δεν διάλεξαν την μέθοδο του αποκλεισμού υπηρεσιών υγείας διότι η κοινή γνώμη αντέδρασε έντονα. Η συμμετοχή του κοινού στην λήψη αποφάσεων είναι σημαντική. Οι ασθενείς γνωρίζουν την χαμηλή χρηματοδότηση στις υπηρεσίες πρόληψης και είναι σε θέση να προτείνουν νέες υπηρεσίες. Η συμμετοχή τους έχει βοηθητικό ρόλο στην προετοιμασία των κατευθυντήριων γραμμών, ειδικά στις χρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης και το άσθμα. Ωστόσο η συμμετοχή τους περιορίζεται σημαντικά στην διαδικασία της τελικής απόφασης. Μόνο όταν έχουν ήδη προταθεί οι προτεραιότητες ζητείται από την κοινή γνώμη να αξιολογήσουν την διαδικασία χωρίς όμως να γίνονται αλλαγές. Η λήψη αποφάσεων είναι πολύπλοκη διαδικασία και θα πρέπει το μεγαλύτερο μερίδιο διαλογής των υπηρεσιών και εφαρμογής των προτεραιοτήτων να αφήνεται στους ειδικούς. Από την άλλη όμως, καλό είναι να υπάρχει έστω και μικρή, συμμετοχή των πολιτών στην όλη διαδικασία.
5. Ο συνδυασμός των παραπάνω μεθόδων, είναι ο καλύτερος τρόπος να τεθούν προτεραιότητες και να εφαρμοστούν σύμφωνα με τη σειρά που κατέχουν στην λίστα. Οι λίστες αναμονής – η πιο ανεκτή μέθοδος από τους πολίτες – συνήθως εφαρμόζεται όταν χαμηλά όρια έχουν οριστεί στις δαπάνες. Με αυτόν τον τρόπο ο ορισμός των προτεραιοτήτων θα ορίζεται από τους πολίτες σε κάποιο βαθμό, και κυρίως από τους ειδικούς, οι οποίοι θα προσανατολίζονται από τις κατευθυντήριες γραμμές που έχουν οριστεί από την κυβέρνηση της κάθε χώρας. Στη συνέχεια, η διαδικασία μπορεί να εκτεθεί στη κοινή γνώμη προκειμένου να ασκηθεί κριτική και να αξιολογηθεί η όλη διαδικασία. Τοπικές αποκλίσεις στον ορισμό των προτεραιοτήτων είναι αναπόφευκτες, μπορούν όμως να περιοριστούν στο ελάχιστο αν τεθούν κάποια εθνικά κριτήρια στην λήψη των αποφάσεων.

Το ελληνικό σύστημα υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας βρίσκεται σε μακρόχρονη και πολύπλευρη κρίση. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι από τις χαμηλότερες στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι τρεις βασικές κατηγορίες



δαπανών υγείας είναι οι νοσοκομειακές, οι εξωνοσοκομειακές και οι φαρμακευτικές. Το 1960, οι δημόσιες δαπάνες υγείας αντιστοιχούσαν στο 1.9% του ΑΕΠ, το 1970 στο 2.3% και το 1980 στο 3.7%. Ο μέσος όρος των ποσοστών τα ίδια έτη για τρεις συγκρίσιμες χώρες (Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία) ήταν 1.9%, 3.1% και 5.1%. Μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας, τόσο στην Ελλάδα (46 %), όσο και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (47 %), αναλώνεται στο νοσοκομειακό τομέα. Στον εξωνοσοκομειακό τομέα, αναλώνεται στην Ελλάδα το 33% των συνολικών δαπανών, ενώ οι δαπάνες για τα φάρμακα το 1996 ξεπέρασαν το 25 % των συνολικών δαπανών, όταν ο μέσος όρος σε άλλες χώρες είναι περίπου 15 %.

Πίνακας 1. Δημόσιες και ολικές δαπάνες στην Υγεία στην Ελλάδα (1980-2000)

Έτος	Δαπάνες στην Δημόσια Υγεία	Ολικές δαπάνες στην Υγεία
1960	1,9 % του ΑΕΠ	3,3% του ΑΕΠ
1965	2,1% του ΑΕΠ	4,1% του ΑΕΠ
1970	2,3% του ΑΕΠ	4,6% του ΑΕΠ
1975	2,6% του ΑΕΠ	5,1% του ΑΕΠ
1980	3,7% του ΑΕΠ	6,6% του ΑΕΠ
1985	4,5% του ΑΕΠ	7,4% του ΑΕΠ
1990	4,8% του ΑΕΠ	7,6% του ΑΕΠ
1995	4,9% του ΑΕΠ	8,4% του ΑΕΠ
2000	5,2% του ΑΕΠ	9,1% του ΑΕΠ

Το 1980 στην Ελλάδα υπήρχαν 370 φορείς κοινωνικής ασφάλισης με 80 διαφορετικά ταμεία υγείας. Τα ταμεία παρείχαν διαφορετικές καλύψεις υγείας, ποσοτικά και ποιοτικά, με αποτέλεσμα να υφίστανται σημαντικές ανισότητες ανάμεσα στους ασφαλισμένους των λεγόμενων ευγενών ταμείων (τράπεζες, ΔΕΚΟ, κ.ά.) και των φτωχών ταμείων (ΟΓΑ, ΙΚΑ, κ.ά.).

Το ίδιο έτος, μόνο το 44% των νοσοκομειακών κρεβατιών ήταν δημόσια, το 14% ανήκε σε μη κερδοσκοπικά ιδρύματα και το 42% ήταν ιδιωτικά. Ο συνολικός αριθμός των νοσοκομειακών κρεβατιών στην περίοδο 1960-1980 κυμαίνονταν γύρω στα 6 ανά 1 000 κατοίκους, όταν ο αντίστοιχος αριθμός για τις τρεις χώρες που προαναφέρθηκαν ήταν περίπου 8 και σε πιο ανεπτυγμένες χώρες (Γαλλία, Γερμανία κ.ά.), ήταν περίπου 10/1000. Οι ελλείψεις σε κρεβάτια ήταν ιδιαίτερα σημαντικές στην επαρχία. Από το σύνολο των κρεβατιών, το 50% περίπου ήταν συγκεντρωμένο στην Αθήνα και το 20% στη Θεσσαλονίκη. Οι δημόσιοι φορείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας, ήταν τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα αγροτικά ιατρεία στην ύπαιθρο, με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών να παρέχεται στα ιδιωτικά ιατρεία των ιατρών.

Σε ότι αφορά τους ιατρούς, ήδη από το 1970 παρατηρείται υπερπαραγωγή, με 162 ιατρούς ανά 100 000 πληθυσμό, που το 1980 έφτασε τους 254 ανά 100 000. Η αναλογία αυτή είναι διπλάσια περίπου απ' αυτή που συναντάται στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Αντίθετα, το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσίαζε σημαντικές ελλείψεις.

Η προβληματική αυτή κατάσταση οδήγησε σε συνειδητοποίηση της ανάγκης να βελτιωθεί και να εκσυγχρονιστεί το σύστημα υγείας, με αποτέλεσμα τα τελευταία 30 έτη να γίνουν διάφορες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες. Η πιο σημαντική απ' αυτές υπήρξε η εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ).

Το Σεπτέμβριο του 1983, ψηφίστηκε ο νόμος για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με βάση τις εξής θεμελιακές αρχές:

- ☀ Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους.
- ☀ Κάθε πολίτης, ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική του θέση και τον τόπο διαμονής του, έχει το ίδιο δικαίωμα για ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα.
- ☀ Η προστασία της υγείας είναι αποκλειστική ευθύνη του κράτους και υλοποιείται μέσα από ένα ενιαίο, αποκεντρωμένο και δημοκρατικό σύστημα υγείας.

Οι βασικοί στόχοι του νόμου ήταν:

- Η αποκέντρωση,
- Ο κοινωνικός έλεγχος,
- Το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας,
- Ο ενιαίος προγραμματισμός,
- Η ισοκατανομή,
- Η αναδιοργάνωση των νοσοκομείων,
- Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης,
- Ο διαχωρισμός του δημόσιου από τον ιδιωτικό τομέα και ο σταδιακός περιορισμός του

Για την επίτευξη των στόχων αυτών, ο νόμος για το ΕΣΥ προέβλεπε τη σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), καθώς και 10 Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ). Το ΚΕΣΥ, στο οποίο θα μετείχαν εκπρόσωποι διαφόρων φορέων, θα ήταν γνωμοδοτικό όργανο με ουσιαστική ευθύνη στο σχεδιασμό, προγραμματισμό και συντονισμό των υπηρεσιών υγείας, στο πλαίσιο μιας εθνικής στρατηγικής υγείας. Για την υλοποίηση της εθνικής στρατηγικής υγείας, ο νόμος του ΕΣΥ προέβλεπε τη σταδιακή ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας.

Αρχικά, όλα τα νοσοκομεία θα υπάγονταν στη δικαιοδοσία του Υπουργείου Υγείας, εκτός από τα πανεπιστημιακά και στρατιωτικά νοσοκομεία. Σ' ένα δεύτερο στάδιο, θα προχωρούσε η συγχώνευση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών των δημόσιων ασφαλιστικών οργανισμών, με τη δημιουργία ενός νέου συστήματος κέντρων υγείας, αστικού και μη αστικού τύπου. Τέλος, όλοι οι πόροι των κλάδων υγείας των δημόσιων ασφαλιστικών οργανισμών θα συγκεντρώνονταν σ' ένα φορέα, ώστε να υπάρξει σταδιακή ενοποίηση των ταμείων υγείας. Παράλληλα, θα ολοκληρώνονταν και οι διαδικασίες για την ένταξη των πανεπιστημιακών και στρατιωτικών νοσοκομείων στο ΕΣΥ.

Σχετικά με την αντιμετώπιση των προβλημάτων της νοσοκομειακής περίθαλψης, οι εισηγητές του νόμου διατύπωσαν ως στόχους την αύξηση των δημόσιων νοσοκομειακών κρεβατιών από 32 247 που ήταν το 1982 σε 42 215 το 1988, την ισοκατανομή τους στην περιφέρεια και τη λειτουργική τους ανασυγκρότηση. Για το σκοπό αυτό, θα έπρεπε να πραγματοποιηθεί πλήρης αναδιάρθρωση των κλινικών μέσα στα νοσοκομεία, με τη δημιουργία καινούργιων, την κατάργηση παλιών και τον εκσυγχρονισμό των υπόλοιπων κλινικών. Όλα τα καινούργια νοσοκομεία θα ήταν δημόσια και θα υπάγονταν στο ΕΣΥ. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ στο σύνολο τους θα χωρίζονταν σε γενικά και ειδικά.

Ο νόμος προέβλεπε επίσης την επαναπροκήρυξη όλων των ιατρικών θέσεων στα νοσοκομεία, συμφωνά με τις ανάγκες της γενικότερης αναδιάταξης. Οι ιατροί που θα προσλαμβάνονταν, υστέρη από την επιλογή τους από ειδικές επιτροπές κρίσης, θα υπάγονταν σ' έναν από τους πέντε προβλεπόμενους τομείς (παθολογικός, χειρουργικός, εργαστηριακός, ψυχιατρικός, κοινωνικής ιατρικής) και θα ήταν πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Μια άλλη σημαντική πλευρά του νόμου για το ΕΣΥ ήταν τα άρθρα που αποσκοπούσαν στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το πιο σημαντικό απ' αυτά ήταν η προβλεπόμενη δημιουργία, στα επόμενα πέντε έτη, 400 κέντρων υγείας σε όλη τη χώρα (190 αγροτικά και 210 αστικά). Ο προβλεπόμενος τύπος των κέντρων υγείας αντιστοιχούσε στις οργανωτικές προδιαγραφές για την κάλυψη των αναγκών θεραπείας, πρόληψης και ιατροκοινωνικής φροντίδας πληθυσμού 50 000 περίπου κατοίκων. Η ιατρική τους στελέχωση περιελάμβανε ιατρούς βασικών ειδικοτήτων (χειρουργούς, παθολόγους, παιδίατρους, γυναικολόγους, μικροβιολόγους), αλλά κυρίως βασιζόταν στην παραγωγή και κατάλληλη εκπαίδευση γενικών ιατρών. Επάρκεια θέσεων προβλεπόταν επίσης για νοσηλευτικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επαγγελματίες υγείας.

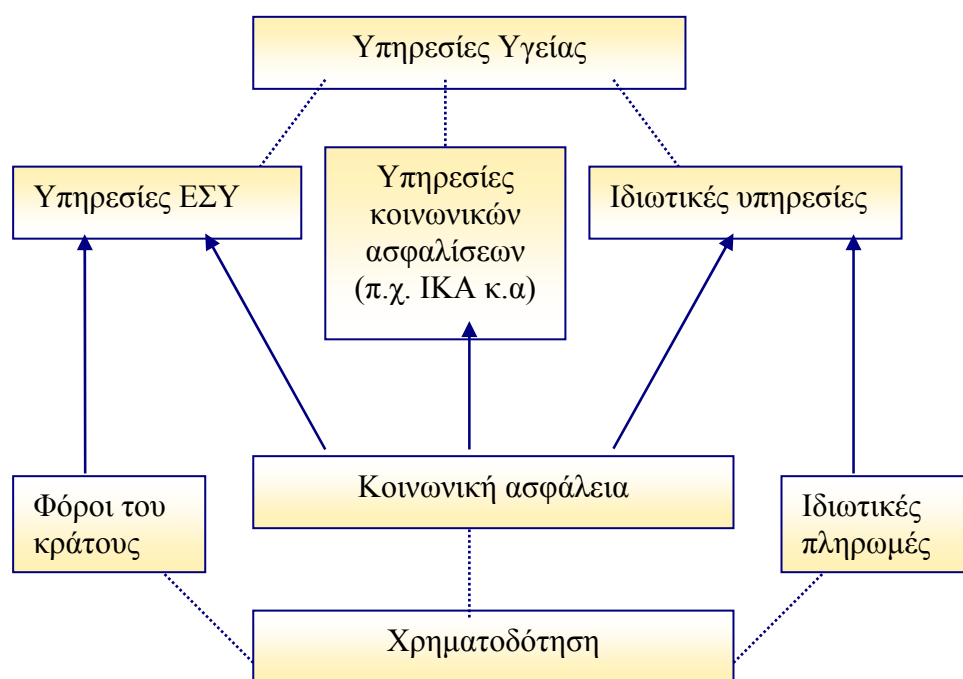
Εκτός από τα κέντρα υγείας, η Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας στο πλαίσιο του ΕΣΥ θα παρεχόταν επίσης από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα οποία θα βελτιώνονταν κτιριακά και λειτουργικά, καθώς και από τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες των ασφαλιστικών φορέων που, όπως ήδη αναφέρθηκε, θα συγχωνεύονταν σταδιακά. Δεκαοχτώ καινούρια νοσοκομεία σχεδιάζονταν να χτιστούν, τρία εκ των οποίων θα ήταν μεγάλα πανεπιστημιακά νοσοκομεία στην επαρχία. Είκοσι από τα ήδη υπάρχοντα νοσοκομεία, θα επεκτείνονταν και προηγμένη τεχνολογία θα υπήρχε σε όλα τα επαρχιώτικα νοσοκομεία.

Στα προτεινόμενα μέτρα του νόμου του ΕΣΥ βασική καινοτομία αποτελούσε ο πλήρης διαχωρισμός του δημόσιου από τον ιδιωτικό τομέα και ο σταδιακός μαρasmus του ιδιωτικού τομέα ως αποτέλεσμα της ανάπτυξης και του εκσυγχρονισμού του δημόσιου τομέα. Για το σκοπό αυτό, ο νόμος απαγόρευε την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών ή την επέκταση των ήδη υπαρχουσών.

Για την υλοποίηση του ΕΣΥ, η κυβέρνηση, ταυτόχρονα με την ψήφιση του νόμου, ανακοίνωσε και τις προθέσεις της για σημαντικές αυξήσεις στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία.

Παρά τις προσπάθειες που έχουν καταβληθεί για οικοδόμηση του ΕΣΥ στη χώρα μας, πολλά από τα προβλήματα παραμένουν. Ορισμένες από τις βασικές διατάξεις του νόμου δεν μπόρεσαν να εφαρμοστούν ακόμη. Παράλληλα, διατάξεις που εφαρμόστηκαν άλλοτε δημιούργησαν έντονες αντιδράσεις και άλλοτε σκόνταψαν στην πραγμάτωσή τους, ενώ τα περιθώρια οικονομικής αρωγής προς το ΕΣΥ όλο και περιορίζονται τα τελευταία έτη. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι οι αλλαγές και οι βελτιώσεις που πραγματοποιήθηκαν, ιδιαίτερα σε ότι αφορά την κτιριακή υποδομή, τον εξοπλισμό και την ανέγερση νέων νοσοκομείων και κέντρων υγείας, να υπολείπονται σημαντικά από τους στόχους που είχαν θέσει οι εμπνευστές του ΕΣΥ.

Η συγχώνευση των ταμείων υγείας των δεκάδων δημόσιων ασφαλιστικών φορέων δεν προχώρησε. Έτσι, η πολυδιάσπαση παρέμεινε και η ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας, που αποτελούσε μια από τις βασικές επιδιώξεις του ΕΣΥ, δεν πραγματοποιήθηκε. Η ιατρική περίθαλψη παρέχεται σήμερα από 39 διαφορετικά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, των οποίων οι μηχανισμοί χρηματοδότησης και αποπληρωμής παραμένουν οι ίδιοι. (σχήμα 1)



Το ΚΕΣΥ μπόρεσε να συσταθεί, χωρίς όμως η λειτουργία του να δικαιώσει τις προσδοκίες που συνόδευαν τη δημιουργία του. Η ολομέλεια του οργάνου, στην οποία συμμετείχαν εκπρόσωποι διαφόρων φορέων, δεν απέκτησε ποτέ ουσιαστικό ρόλο. Όλο το βάρος μεταφέρθηκε στην επταμελή εκτελεστική επιτροπή, η οποία

διορίζεται από τον εκάστοτε υπουργό Υγείας. Ενώ όμως το ΚΕΣΥ λειτούργησε έστω και γνωμοδοτικά, τα ΠΕΣΥ δεν μπόρεσαν καν να συσταθούν.

Δυσκολίες επίσης συνάντησαν οι αλλαγές στο χώρο της νοσοκομειακής περίθαλψης. Το 1980 λειτουργούσαν 608 δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία με 59.327 κρεβάτια και το 1992, 400 (151 δημόσια και 249 ιδιωτικά) με 53.388 κρεβάτια. Τα κρατικά νοσοκομειακά κρεβάτια αυξήθηκαν από 34.614 το 1981 σε 38.109 το 1992 (34.046 εντός ΕΣΥ και 4.063 εκτός ΕΣΥ). Η μικρή αυτή αύξηση συνοδεύτηκε από μείωση των ιδιωτικών κρεβατιών κατά 7500, εξαιτίας της διακοπής λειτουργίας περίπου 200 ιδιωτικών κλινικών, έτσι ώστε τα ιδιωτικά κρεβάτια, από 41% το 1980, να αντιστοιχούν το 1992 στο 29% του συνόλου των κρεβατιών. Με αναλογία 5.1 νοσοκομειακών κρεβατιών ανά 1 000 κατοίκους (παρά την προσθήκη των κρεβατιών των περιφερειακών πανεπιστημιακών νοσοκομείων) η Ελλάδα παραμένει προτελευταία στην Ευρώπη, πριν την Πορτογαλία.

Το 1992, η μέση ετήσια κάλυψη στα μη ψυχιατρικά νοσοκομεία του ΕΣΥ ήταν 69% και μόλις 47% στα ιδιωτικά. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν 6 ημέρες και 8 ημέρες αντίστοιχα. Το 1992, δόθηκε ξανά η δυνατότητα δημιουργίας ιδιωτικών κλινικών, γεγονός που επέτρεψε τη σημαντική ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Η ανάπτυξη αυτή αφορούσε πρωτίστως, την ίδρυση και λειτουργία πολλών νέων διαγνωστικών κέντρων. Το 1995 λειτουργούσαν 280 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, εκ των οποίων το 65% στην Αττική.

Σε ότι αφορά στην ΠΦΥ, η δημιουργία των 170 κέντρων υγείας με τα 1.311 περιφερειακά ιατρεία βοήθησε σημαντικά στην περίθαλψη των μη αστικών πληθυσμών, παρά το γεγονός ότι λειτουργούν με σοβαρές ελλείψεις προσωπικού που υπολογίζονται στο 30-40% των προβλεπόμενων θέσεων. Το 1992 αντιστοιχούσαν στα κέντρα υγείας τρεις επισκέψεις ανά κάτοικο. Στις αστικές περιοχές, όπου δεν δημιουργήθηκαν τελικά κέντρα υγείας, η πρωτοβάθμια περίθαλψη συνεχίζεται να ασκείται από τους ασφαλιστικούς φορείς, τους ιδιώτες ιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Το 56% των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών του δημοσίου παρέχονται από τα ιατρεία του ΙΚΑ. Σημαντική ήταν επίσης η συνεισφορά της δημιουργίας και λειτουργίας του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).

Σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό, η υπερπαραγωγή των ιατρών συνεχίστηκε, χωρίς να λυθεί ουσιαστικά το πρόβλημα της ανισοκατανομής τους. Το 1995 υπήρχαν σχεδόν 50.000 ιατροί ή 1 ιατρός/250 κατοίκους, έναντι 1/562 στην Αγγλία και 1/336 στη Γαλλία. Περισσότερο από το 50% του συνόλου των

ιατρών εργάζεται στο λεκανοπέδιο της Αττικής. Ανάλογα φαινόμενα πληθωρισμού και ανισοκατανομής εμφανίζονται στους οδοντιάτρους και στους φαρμακοποιούς. Το 1991 υπήρχε 1 οδοντίατρος/1.000 κατοίκους, όταν ο μέσος όρος στις χώρες του ΟΟΣΑ ήταν 1/2.216. Για τους φαρμακοποιούς, οι αντίστοιχοι δείκτες ήταν 1/1.370 και 1/ 2.003. Το νοσηλευτικό προσωπικό στη δεκαετία του 1980 διπλασιάστηκε, ξεπερνώντας το 1995 τους 43.000 νοσηλευτές/ τριες, χωρίς όμως να καλυφθούν πλήρως οι σχετικές ανάγκες, που παραμένουν σημαντικές.

Τέλος, σε ότι αφορά τις δαπάνες στον τομέα της υγείας, όπως ήδη αναφέρθηκε υπήρξε μια μικρή σταδιακή αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία (από 3.4% του ΑΕΠ το 1980 σε 4.4% το 1990 και σε 5.3% το 1998). Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στο διάστημα αυτό αυξήθηκαν σημαντικά, φτάνοντας το 4,2% του ΑΕΠ το 1996, αλλά και τροφοδοτώντας ταυτόχρονα την έξαρση της παραοικονομίας, που υπολογίζεται περίπου στο 1.5% του ΑΕΠ. Εκτός από την ύπαρξη της παραοικονομίας, ιδιαίτερα προβληματική παραμένει και η κατάσταση με τα χρέη των δημόσιων νοσοκομείων, παρά τις εκάστοτε ευνοϊκές ρυθμίσεις και τις σημαντικές αυξήσεις στα νοσήλια.

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, είναι φανερό πως το ελληνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα οργάνωσης, χρηματοδότησης και λειτουργίας:

- ☒ Υπάρχουν μεγάλες ασυμφωνίες όσον αφορά τον αριθμό των νοσοκομείων και τον αριθμό των κρεβατιών που κατανέμονται σε κάθε περιοχή. Στην περιφέρεια της Αθήνας το 2000 αναλογούσαν 6,4 νοσοκομειακά κρεβάτια σε κάθε 1000 άτομα ενώ αντίθετα, η αναλογία στην Κεντρική Ελλάδα ήταν 1.2 για κάθε 1000 άτομα
- ☒ Υπάρχουν περικοπές στην μακροχρόνια περίθαλψη των ασθενών
- ☒ Υπάρχει έλλειψη κινήτρων για το νοσοκομειακό προσωπικό προκειμένου να γίνει πιο αποδοτικό ποιοτικό και παραγωγικό
- ☒ Υπάρχει έλλειψη καταγραφής ηλεκτρονικών φακέλων των ασθενών και γενικώς υπάρχουν περιορισμένες τεχνολογικές πηγές
- ☒ Συνεχίζεται να υπάρχει και να ενισχύεται το λεγόμενο 'φακελάκι' (μικρός φάκελος με μετρητά που προσφέρεται για δωροδοκία σε ιατρούς, νοσοκόμες και σε άλλο νοσοκομειακό προσωπικό για έγκαιρη εισαγωγή του ασθενούς και για καλύτερη θεραπεία)

Η επίλυση των προβλημάτων αυτών απαιτεί ριζικές τομές και ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις, προκειμένου οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα να μπορέσουν να επιτύχουν τους στόχους τους και να εκπληρώσουν την αποστολή τους.

Η κοινή γνώμη για την υγεία

Πολίτες και συστήματα υγείας

Σε μια περίοδο όπου οι πιέσεις για τα συστήματα υγείας συνεχώς αυξάνονται και οι χώρες επιχειρούν μεταρρυθμίσεις στις υπηρεσίες υγείας, το να έχεις πληροφορίες για την κοινή γνώμη είναι αρκετά σημαντικό. Αυτό σημαίνει να κάνουν έρευνα για το πότε είναι ικανοποιημένοι με το επίπεδο υγείας στη χώρα τους και την προσωπική τους εμπειρία στις υπηρεσίες υγείας καθώς επίσης για το ποιες είναι οι ανησυχίες τους και οι προτεραιότητες που πρέπει να τεθούν σε αυτόν τον τομέα. Τέτοιου είδους πληροφορίες είναι σημαντικές για δύο λόγους. Πρώτον ως ένας τρόπος να ελέγξεις κατά πόσον οι υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών στην πράξη και δεύτερον, οι πληροφορίες αυτές είναι σημαντικές στην διαδικασία της ανάπτυξης των συστημάτων υγείας στο μέλλον καθώς και στον καταμερισμό των προτεραιοτήτων στα συστήματα υγείας.

Με αυτή την λογική η Επιτροπή αποφάσισε να χρησιμοποιήσει μια ανασκόπηση των χωρών της ευρωπαϊκής Ένωσης έτσι ώστε να συλλέξει πληροφορίες για την κατάσταση των συστημάτων υγείας σε χώρες της Ε.Ε μέσω της κοινής γνώμης. Η ανασκόπηση αυτή έλαβε χώρα στο διάστημα μεταξύ 27^{ης} Φεβρουαρίου 1998 και 3^{ης} Απριλίου 1998 μέσω της IRNA χρησιμοποιώντας ένα τυχαίο δείγμα προσωπικών συνεντεύξεων των ερωτηθέντων στα σπίτια τους. Στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε πραγματοποιήθηκαν περίπου 1000 συνεντεύξεις με μόνη εξαίρεση το Λουξεμβούργο όπου πραγματοποιήθηκαν περίπου 600 συνεντεύξεις. Τα αποτελέσματα για την δυτική και ανατολική Γερμανία παρουσιάζονται χωριστά. Πολλοί ερευνητές συντονισμένοι από την LSE Health, παρεχώρησαν πληροφορίες για τον σχεδιασμό του ερωτηματολογίου.

Η έρευνα αυτή περιλαμβάνει τον πληθυσμό 15 χωρών της Ε.Ε. ηλικίας από 15 ετών και άνω κάτοικοι των αντίστοιχων χωρών της ευρωπαϊκής ένωσης. Οι ερωτήσεις της έρευνας ήταν σχετικές με την κατάσταση των συστημάτων υγείας στις χώρες τους, τις απόψεις τους για το πόσο είναι σημαντικό να γίνουν μεταρρυθμίσεις στις υπηρεσίες υγείας, και για το επίπεδο των αναγκαίων δαπανών. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1.

	Πολύ Ικανοποιημένος	Αρκετά Ικανοποιημένος	Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσανεστημένος	Αρκετά δυσανεστημένος	Πολύ δυσανεστημένος	Άλλο	Δαπάνες στο συστ. Υγείας σε κάθε χώρα (US \$)
Βέλγιο	10,9	59,2	19,9	7,2	1,1	1,6	1653
Δανία	54,2	35,8	3,8	4,5	1,2	0,5	1362
Δυτ. Γερμανία	14,0	51,8	22,0	9,4	2,1	1,8	-
Γερμανία	12,8	53,2	21,4	9,8	1,1	1,7	1869
Αν. Γερμανία	8,1	58,4	19,2	11,4	1,4	1,5	-
Ελλάδα	1,5	16,9	27,0	29,7	24,2	0,6	598
Ισπανία	3,7	31,9	34,0	20,4	8,2	1,8	1005
Γαλλία	10,0	55,1	18,7	12,8	1,8	1,6	1866
Ιρλανδία	9,4	40,5	17,4	18,2	10,9	3,6	1201
Ιταλία	0,8	15,5	23,1	33,5	25,9	1,3	1561
Λουξεμβούργο	13,6	57,5	16,1	7,5	1,4	3,9	1697
Ολλανδία	14,2	58,6	8,8	13,6	3,8	1,0	1641
Αυστρία	17,0	46,3	27,6	4,1	0,6	4,5	1965
Πορτογαλία	0,8	19,1	19,2	37,4	21,9	1,5	938
Φινλανδία	15,1	71,3	7,0	5,3	0,7	0,6	1357
Σουηδία	13,1	54,2	16,7	11,4	2,8	1,9	1348
Ην. Βασίλειο	7,6	40,5	10,0	25,7	15,2	1,0	1211

Η ερώτηση ήταν η εξής: Γενικώς, θα λέγατε ότι είστε πολύ ικανοποιημένοι, αρκετά ικανοποιημένοι, ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσανεστημένοι, αρκετά δυσανεστημένοι ή πολύ δυσανεστημένοι με τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας στην χώρα σας;

Η Ελλάδα, η Ισπανία και η Πορτογαλία παρουσιάζουν τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και τις χαμηλότερες δαπάνες σε υπηρεσίες του συστήματος Υγείας στις χώρες τους. Το ποσοστό εκείνων που δηλώνουν ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσανεστημένοι με την κατάσταση του συστήματος Υγείας στην Ισπανία, είναι το υψηλότερο ανάμεσα στις 15 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (34 %). Από την άλλη πλευρά η Ιρλανδία ξεδεύει λιγότερα από την Ισπανία και παρουσιάζει υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης όπως και η Ιταλία ξεδεύει περισσότερα από την Δανία και παρόλα αυτά παρουσιάζει το χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από όλες τις χώρες. Η Δανία παρουσιάζει το υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης (90 %) παρόλο

που οι δαπάνες στο συγκεκριμένο σύστημα υγείας είναι χαμηλότερες συγκριτικά με άλλες χώρες που παρουσιάζουν μικρότερο ποσοστό ικανοποίησης.

Ζητήθηκε επίσης η γνώμη των πολιτών για το αν είναι αναγκαίο να γίνουν μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας στην χώρα τους. Η ερώτηση ήταν διατυπωμένη ως εξής: *‘Θα σας διαβάσω 4 δηλώσεις σχετικά με τον τρόπο που λειτουργεί το σύστημα υγείας στην χώρα σας. Με ποια από τις 4 προτάσεις συμφωνείτε περισσότερο;*

- 1. Γενικά, το σύστημα υγείας στην χώρα μου λειτουργεί μια χαρά.*
- 2. Υπάρχουν ορισμένα καλά στοιχεία και μόνο μικρές αλλαγές χρειάζεται να γίνουν.*
- 3. Υπάρχουν ορισμένα καλά στοιχεία αλλά μόνο αν γίνουν θεμελιώδεις αλλαγές θα λειτουργεί καλύτερα.*
- 4. Το σύστημα υγείας στην χώρα μας λειτουργεί τόσο άσχημα που για να βελτιωθεί χρειάζεται να δημιουργηθεί ξανά από την αρχή’.*

Τα αποτελέσματα της έρευνας που παρουσιάζονται στον πίνακα 2, συμβαδίζουν με τα αποτελέσματα της προηγούμενης ερώτησης σχετικά με την ικανοποίηση των πολιτών για το σύστημα υγείας. Υψηλή δυσαρέσκεια σχετίζεται με την άποψη ότι το σύστημα υγείας χρειάζεται θεμελιώδεις αλλαγές. Ωστόσο, στο Ηνωμένο Βασίλειο το ποσοστό των ερωτηθέντων που ζητούν θεμελιώδεις αλλαγές ή μεταρρυθμίσεις στο σύστημα (56 %), είναι πολύ μεγαλύτερο από το ποσοστό εκείνων που δηλώνουν δυσαρεστημένοι με τις υπηρεσίες Υγείας. Παρόμοια κατάσταση ισχύει και σε άλλες χώρες (κυρίως στο Βέλγιο, Ελλάδα, Ισπανία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Αυστρία, και στην Πορτογαλία). Για να εξηγηθεί αυτή η διαφορά του ποσοστού γίνεται η υπόθεση ότι η πρώτη ερώτηση μπορεί να ερμηνευτεί κάπως αόριστη, με αποτέλεσμα τα άτομα που δήλωσαν ‘ούτε ικανοποιημένοι, ούτε δυσαρεστημένοι’, στην δεύτερη ερώτηση να δήλωσαν ότι είναι ανάγκη να γίνουν κάποιες αλλαγές στο σύστημα υγείας της χώρας τους.

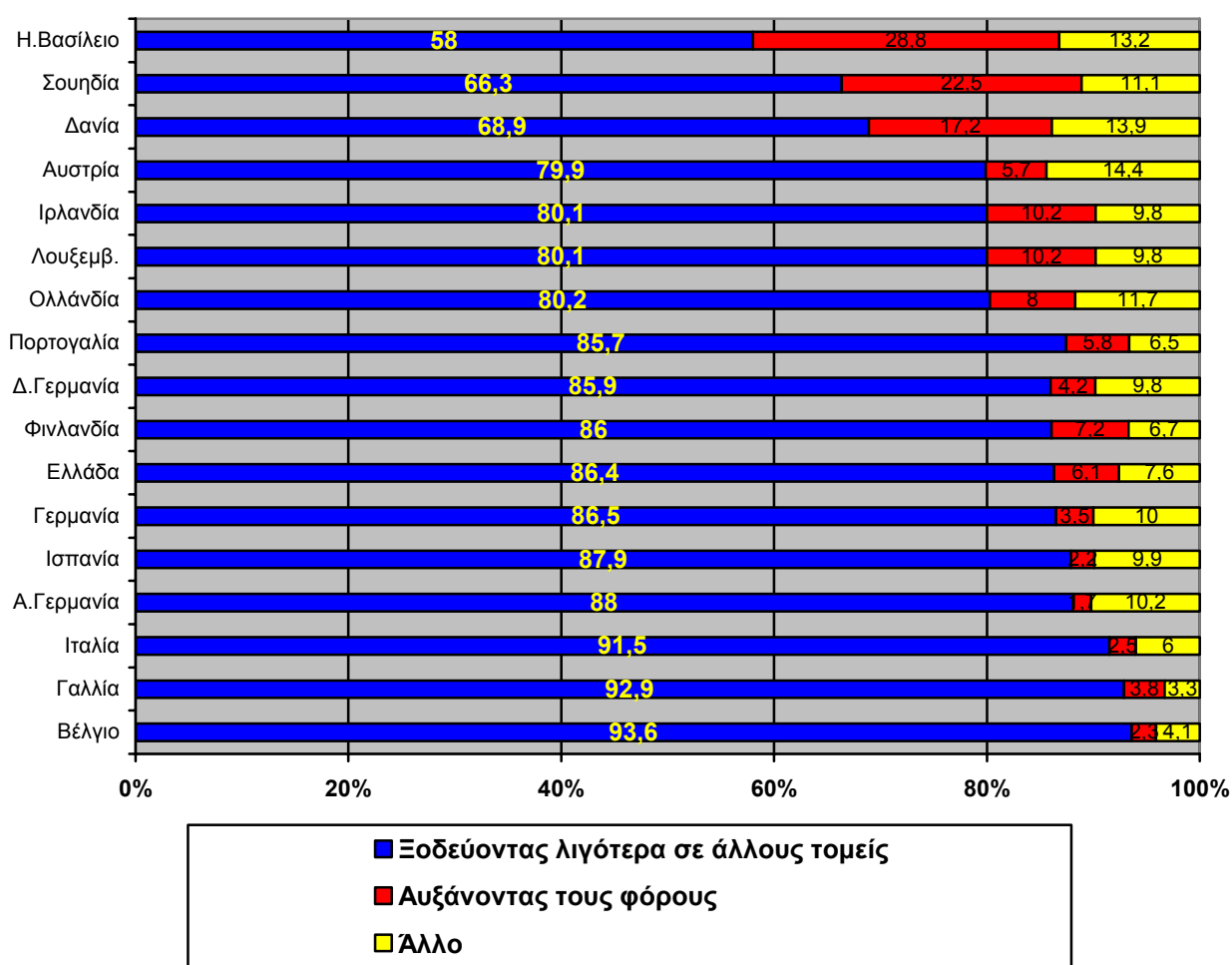
Πίνακας 2

	Το σύστημα υγείας λειτουργεί μια χαρά.	Μικρές αλλαγές χρειάζεται να γίνουν	Θεμελιώδεις αλλαγές χρειάζεται να γίνουν	Λειτουργεί χάλια και χρειάζεται να αλλάξει ολοκληρωτικά	Άλλο	Δαπάνες στο συστ. Υγείας σε κάθε χώρα (US \$)
Βέλγιο	41,7	34,0	16,5	2,9	4,9	1653
Δανία	54,4	37,2	5,7	1,8	1,0	1362
Δυτ. Γερμανία	37,6	38,3	15,6	2,2	6,2	-
Γερμανία	36,9	38,5	16,7	2,2	5,7	1869
Αν. Γερμανία	34,3	39,5	21,0	2,1	3,0	-
Ελλάδα	3,8	25,5	44,2	25,0	1,6	598
Ισπανία	14,1	30,4	34,0	13,5	7,9	1005
Γαλλία	25,6	40,9	24,6	5,0	3,9	1866
Ιρλανδία	19,4	30,7	25,6	16,9	7,4	1201
Ιταλία	3,4	15,1	43,8	33,1	4,5	1561
Λουξεμβούργο	31,9	43,9	13,3	2,5	8,4	1697
Ολλανδία	31,0	46,0	17,6	3,5	1,9	1641
Αυστρία	40,2	33,5	18,0	3,3	5,0	1965
Πορτογαλία	3,6	19,4	38,3	31,8	6,9	938
Φινλανδία	38,9	51,6	7,7	0,6	1,2	1357
Σουηδία	28,5	44,1	21,8	3,4	2,2	1348
Ην. Βασίλειο	14,6	27,4	42,0	14,0	2,0	1211

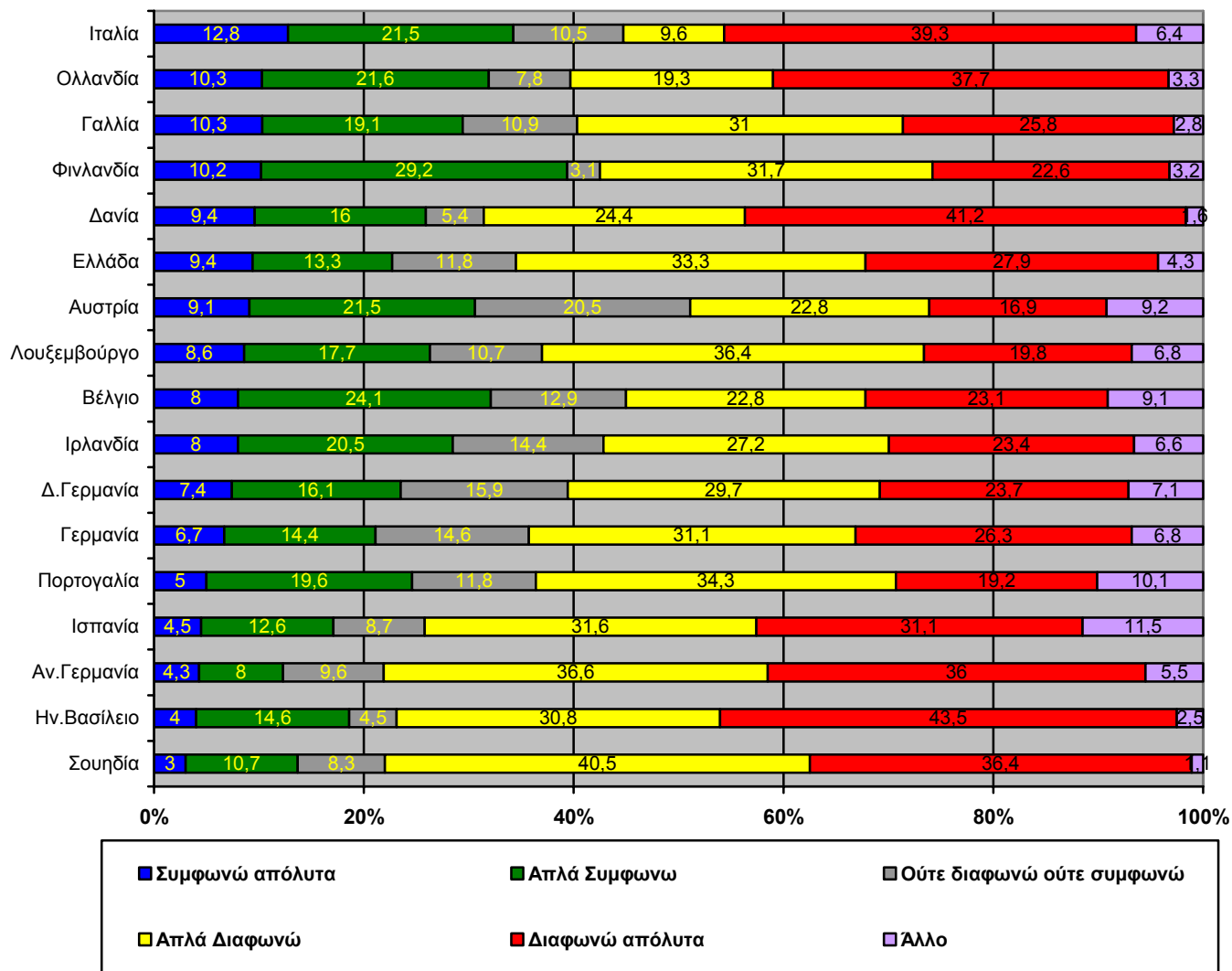
Η απαίτηση των πολιτών για περισσότερες δαπάνες σε θέματα υγείας διαφέρει από χώρα σε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η απαίτηση είναι πολύ υψηλή στην Ελλάδα, Πορτογαλία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, και στην Ιρλανδία. Υψηλή παρουσιάζεται στην Ισπανία, Ιταλία, και Σουηδία και αρκετά υψηλή στην Ολλανδία. Στην Δανία, Γερμανία, Γαλλία, στο Λουξεμβούργο, στην Αυστρία, και στην Φινλανδία η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, επιθυμούν οι κυβερνήσεις τους να εξοδεύσουν το ίδιο ποσό που ξόδευαν μέχρι τώρα για τα θέματα υγείας στην χώρα τους. Για τα άτομα που τάχθηκαν υπέρ της αύξησης των δαπανών, ερωτήθηκαν επίσης για τον τρόπο με τον οποίο η κυβέρνηση μπορεί να βρει χρήματα για να

καλύψει τις ανάγκες του συστήματος. Η πλειοψηφία των απαντήσεων στην συγκεκριμένη ερώτηση ήταν η αύξηση των φόρων και η ελάττωση των δαπανών σε άλλους τομείς. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Σουηδία και στην Δανία μόνο 58 % , 66,3 %, και 68,9 % των ερωτηθέντων ήθελαν από την κυβέρνηση να βρει χρήματα για το σύστημα υγείας μειώνοντας τις δαπάνες σε άλλους τομείς. Τα υψηλότερα ποσοστά παρουσίασε το Βέλγιο (93,6 %), η Γερμανία (86,5 %), η Γαλλία (92,9 %), και η Φινλανδία(87 %) (Σχήμα 1). Οι απαντήσεις μπορεί να ήταν διαφορετικές εάν οι πολίτες είχαν ερωτηθεί να υποδηλώσουν σε ποιους συγκεκριμένους τομείς, η κυβέρνηση πρέπει να διαθέσει χρήματα για δαπάνες στο σύστημα Υγείας. Παρολ'αυτά, στις απαντήσεις των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, υποδηλώνεται ότι οι κάτοικοι περιμένουν επαρκές περικοπές χρηματοδοτήσεων σε άλλους τομείς, παρά την αύξηση των φόρων.

Σχήμα 1



Οι πολίτες ερωτήθηκαν επίσης να εκφράσουν τις απόψεις τους σχετικά με το αν η κυβέρνηση πρέπει να παραχωρήσει σε όλους τους πολίτες τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας, όπως θεραπείες για σοβαρές ασθένειες, και παρακινεί τα άτομα να προνοήσουν για τους εαυτούς τους και με άλλους τρόπους. (Σχήμα 2)



«Θα σας διαβάσω ορισμένες δηλώσεις και θέλω να μου πείτε αν συμφωνείτε απόλυτα, αν απλά συμφωνείτε, εάν διαφωνείτε απόλυτα ή απλά διαφωνείτε. Η κυβέρνηση πρέπει να παράσχει σε όλους τους πολίτες τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας όπως θεραπείες για σοβαρές ασθένειες και τους παρακινεί να προνοήσουν για τους εαυτούς τους με άλλους τρόπους »

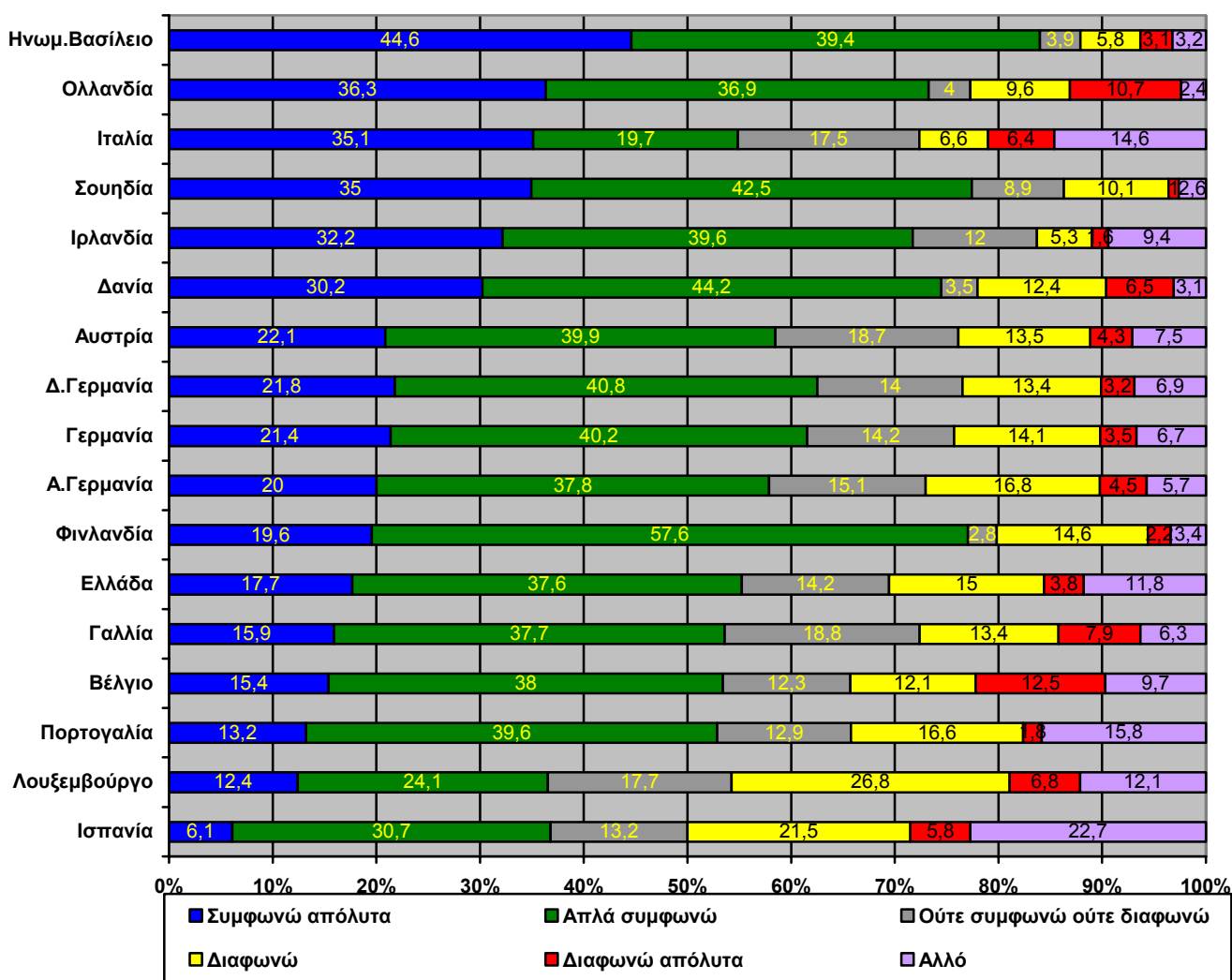
Η πλειοψηφία των πολιτών σε όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διαφώνησε με την δημιουργία ενός βασικού πακέτου δημόσιας υγείας με τις απαραίτητες μόνο υπηρεσίες υγείας. Το ποσοστό αυτών που διαφωνούν είναι υψηλότερο στη Σουηδία, (76,9 %), στο Ηνωμένο Βασίλειο (74,3 %), στην Ανατολική Γερμανία (72,6 %), στην Δανία (65,6 %), στην Ισπανία (62,7 %), και

στην Ελλάδα (61,2 %). Το ποσοστό εκείνων που συμφωνούν με το να μειωθούν οι υπηρεσίες πρόνοιας, είναι υψηλότερο στην Φινλανδία (39,4 %), στην Ιταλία (34,3 %), στην Ολλανδία (31.9 %), στο Βέλγιο (32.1 %), και στην Αυστρία (30,6 %)

Οι πολίτες επίσης τους ζητήθηκε να απαντήσουν στην εξής ερώτηση: «Στο μέλλον η ιατρική περίθαλψη που θα παρέχεται στον κοινό πολίτη αυτής της χώρας, θα είναι λιγότερο καλή εξαιτίας των αυξανόμενων κοστών». (Σχήμα 3)

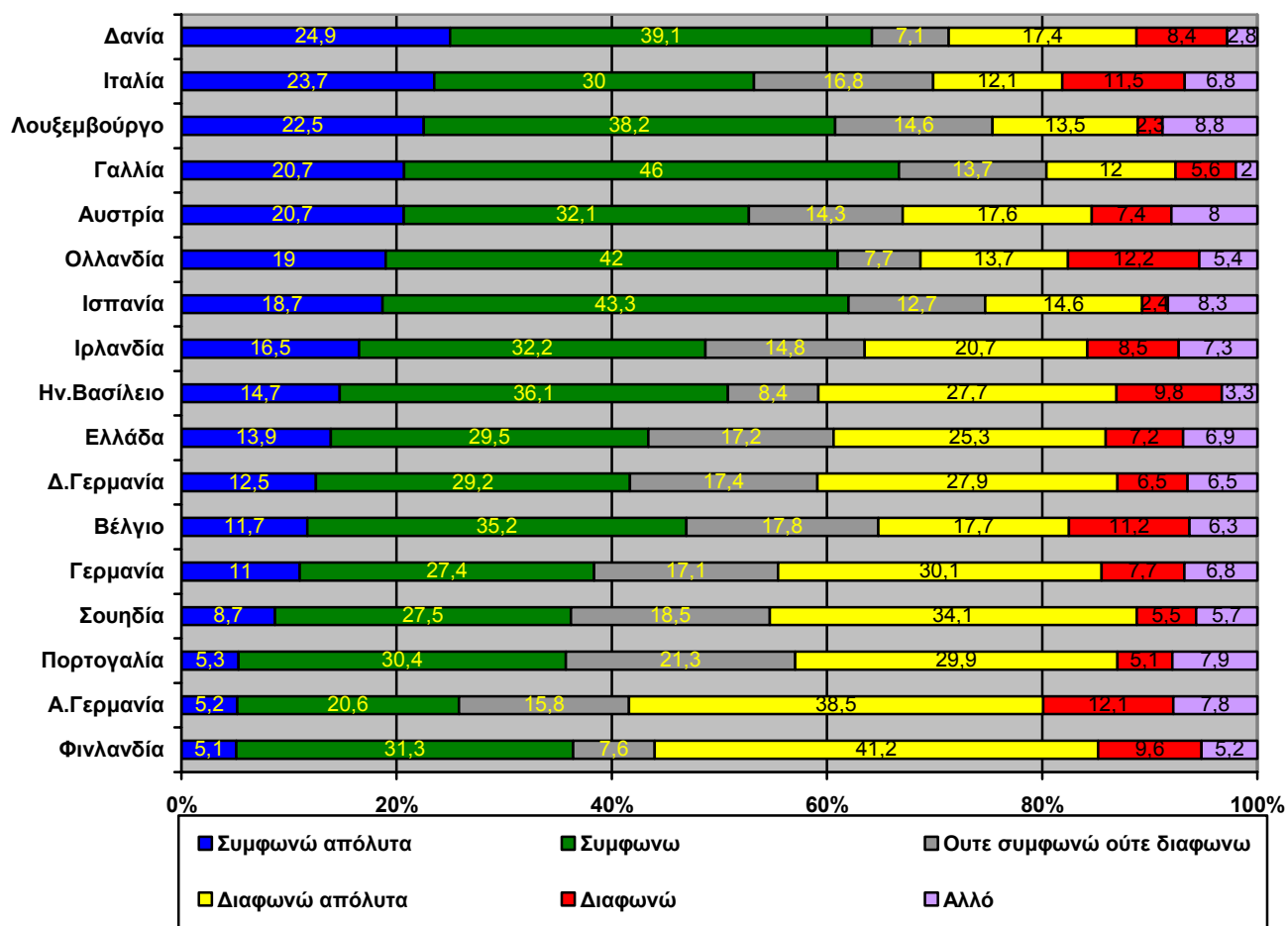
Τα υψηλότερα ποσοστά παρουσιάζονται στο Ηνωμένο Βασίλειο (84 %), στη Σουηδία (77,5 %), στη Δανία (74,4 %), στην Ολλανδία (73,2 %), και στην Ιρλανδία (71,8 %). Τα χαμηλότερα ποσοστά παρουσιάζονται στην Ισπανία (36,8 %) και στο Λουξεμβούργο (36,5 %).

Σχήμα 3



Αξίζει επίσης να σημειωθεί πως η πλειοψηφία των πολιτών σε 8 χώρες (Δανία, Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Αυστρία, και Ηνωμένο Βασίλειο), και μια μεγάλη αναλογία σε τέσσερις άλλες χώρες (Βέλγιο, Δυτική

Γερμανία, Ελλάδα, Ιρλανδία), πιστεύουν πως οι πολίτες χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας πολύ συχνά. Αυτή όμως, δεν είναι η άποψη της πλειοψηφίας των πολιτών στην Πορτογαλία, Ανατολική Γερμανία, στην Φινλανδία και στην Σουηδία (**Σχήμα 4**)



Γιατροί και προληπτική ιατρική

Η προληπτική ιατρική θεωρείται από πολλούς ως μέτρο μείωσης των κοστών θεραπειών. Το πιστεύω αυτό αναβιώνει από παλιότερες εποχές. Για παράδειγμα, η θνησιμότητα από μεταδοτικές ασθένειες, από τον 19^ο αιώνα, μειώθηκε. Η μείωση αυτή οφείλεται στο χωρίς μικρόβια πόσιμο νερό, υγιεινή, στην βελτιωμένη διατροφή, στην προσωπική υγιεινή και πολύ αργότερα στην ανάπτυξη και στην όλο και περισσότερο διαδεδομένη χρήση ανοσοποιητικών παραγόντων. Όσο ο αριθμός των πρόωρων θανάτων μειώνεται, ο αριθμός των πρόωρων θανάτων που συνεχίζουν να υπάρχουν, είναι άμεση συνέπεια αλληλένδετων παραγόντων του τρόπου ζωής και του περιβάλλοντος. Η δυσκολία είναι να υπολογιστεί ποιο θα είναι το κόστος προκειμένου να πειστούν τα άτομα και να υιοθετήσουν υγιή τρόπο ζωής.

Φαίνεται από μικρές μελέτες ότι συμβουλευτικές συνεδρίες από ειδικούς μπορεί να έχουν αποτελεσματικότητα. Σε μια έρευνα συμμετείχαν 6052 ενήλικες ασθενείς, οι οποίοι πραγματοποίησαν συμβουλευτικές συνεδρίες με τους ιατρούς σε 6 κομητείες στην Οξφόρδη, στο διάστημα μεταξύ Οκτωβρίου 1980 και Φεβρουαρίου 1981. Οι καπνιστές (2110 ασθενείς), κατανεμήθηκαν σε τέσσερις ομάδες:

1. Το control group
2. Η ομάδα που λάμβανε αντικαπνιστικές συμβουλές και πληροφορίες είτε λεκτικά είτε γραπτά
3. Η ομάδα που λάμβανε πληροφορίες και επιπλέον της γινόταν επίδειξη εκπνοής μονοξειδίου του άνθρακα
4. Η ομάδα που λάμβανε πληροφορίες και επιπλέον συζητούσαν και με επισκέπτες υγείας

Μετά από ένα χρόνο το 72 % των καπνιστών απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο. 11 % των καπνιστών του control group, ισχυρίστηκαν ότι σταμάτησαν το κάπνισμα, 15 % της ομάδας που λάμβανε μόνο πληροφορίες, 17 % στην ομάδα που τους γινόταν επίδειξη εκπνοής μονοξειδίου του άνθρακα, και 13 % στην ομάδα που συναντιόντουσαν και με επισκέπτη υγείας. Δεν γίνεται όμως να γενικεύουμε με τέτοιες μελέτες, διότι ούτως η άλλως το κάπνισμα βρίσκεται σε μείωση. Είναι επειδή υπάρχει υψηλή φορολογία; Ποιο ποσοστό μείωσης οφείλεται στην επιμόρφωση των ασθενών, στις προειδοποιήσεις που υπάρχουν στα πακέτα και στις πληροφορίες που μεταδίδονται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης; Η κατανάλωση αλκοόλ, βρίσκεται σε αύξηση στο Ηνωμένο Βασίλειο παρά των παρομοίων κινδύνων της υπέρμετρης κατανάλωσης. Είναι επειδή η τιμή των ποτών στην Αγγλία έχει μειωθεί; Υπάρχουν στοιχεία από 15 διαφορετικές έρευνες, ότι οι σύντομες ιατρικές συσκέψεις με τους ασθενείς, που παρέχουν πληροφορίες για τους

κινδύνους κατανάλωσης αλκοόλ και συμβουλές πρόληψης, μπορούν να μειώσουν την κατανάλωση αλκοόλ έως και 20 % με κόστος περίπου 30 € η κάθε σύσκεψη.

Υπάρχουν ωστόσο στοιχεία από 28 διαφορετικές μελέτες στις Ηνωμένες πολιτείες, ότι η πρόληψη της υγείας στο χώρο εργασίας, μπορεί να μειώσει το κόστος ιατρικής περίθαλψης. Είναι δύσκολο να τεκμηριώσεις την εξοικονόμηση χρημάτων, από τις εξετάσεις πρόληψης για την έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας. Από πολλούς θεωρείται ότι το κόστος της προληπτικής εξέτασης συν το κόστος θεραπείας πριν την εμφάνιση ασθένειας, είναι υψηλότερα από το κόστος θεραπείας εκείνων που εμφάνισαν τα συμπτώματα ασθένειας. Η ερώτηση για το αν με την προληπτική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης εξοικονομούνται χρήματα από το κόστος της θεραπείας, είναι πολύ δύσκολο να απαντηθεί, διότι υπάρχει ένας αριθμός μεταβλητών που θα πρέπει να εκτιμηθούν. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, εκτιμήθηκε ότι με τον καλύτερο έλεγχο της αρτηριακής πίεσης, εξοικονομήθηκαν 205 εκατομμύρια £ στα έξοδα του νοσοκομείου.

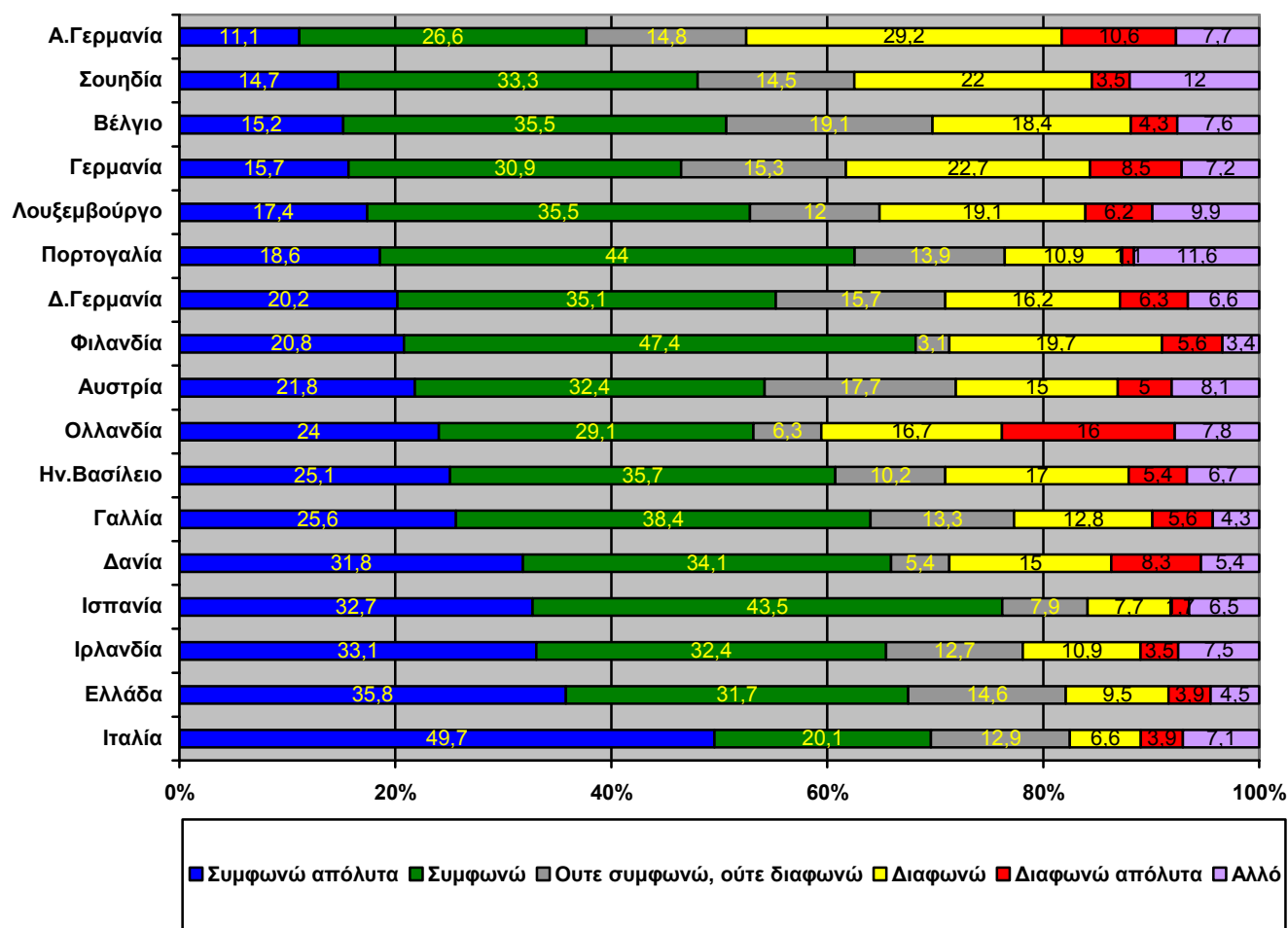
Είναι επιθυμητό, με την προληπτική ιατρική, να μειωθεί κυρίως η χρήση των κρεβατιών του νοσοκομείου, είτε με την αποφυγή της εισαγωγής είτε με το να μη γίνονται εγχειρήσεις που δεν είναι απαραίτητες. Με την προληπτική ιατρική, υπάρχουν επίσης λιγότερες επισκέψεις στους ιατρούς και λιγότερα φάρμακα. Με το πέρασμα των χρόνων, τα budgets για τα νοσοκομεία περιορίζονται όλο και περισσότερο σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, και σε πολλές από αυτές υπάρχουν λίστες αναμονής για εισαγωγή ασθενών, ούτως ώστε εάν κάποιος ασθενής δεν επιτραπεί να εισαχθεί, κάποιος άλλος μπορεί να εισαχθεί στη θέση του, χωρίς καμία εξοικονόμηση στο κόστος του νοσοκομείου.

Ωστόσο, παρά τα οφέλη της πρόληψης της υγείας, υπάρχουν και κίνδυνοι. Ακόμη και αν σωθεί η ζωή ενός ασθενούς με την πρόληψη, μπορεί να χρειαστεί στο μέλλον ιατρική περίθαλψη για κάποια άλλη ασθένεια. Δεν μπορεί να τεθεί ως δεδομένο, ότι η πρόληψη σε κάθε περίπτωση είναι φθηνότερη από την θεραπεία, διότι υπάρχει ενδεχόμενο, σε ορισμένες καταστάσεις η θεραπεία να είναι φθηνότερη της πρόληψης. Το κύριο ερώτημα είναι τι ανάμιξη πρόληψης και θεραπείας μπορεί να γίνει για το καλό του ασθενούς. Η καλή υγεία έχει από μόνη της δική της αξία και αξίζει να ξοδεύουμε για αυτήν. Η πρόληψη δεν προσφέρει από μόνη της απαραίτητα τρόπο μείωσης του κόστους ιατρικών θεραπειών παρά τα οφέλη που προσφέρει για την διατήρηση της καλής υγείας.

Σε αντίθεση με τα δεδομένα που ειπώθηκαν παραπάνω, η έρευνα που έγινε στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έδειξε ότι οι πολίτες των μελών-χωρών, εκτός της Ανατολικής Γερμανίας, πιστεύουν ότι οι γιατροί δεν ξοδεύουν τον απαραίτητο

χρόνο να συζητήσουν με τους ασθενείς για την πρόληψη και πώς να υιοθετήσουν έναν υγιή τρόπο ζωής. (Σχήμα 5).

Σχήμα 5



Τα υψηλότερα ποσοστά τα συναντάμε στην Ισπανία (76,2 %), στην Ιταλία (69.8 %), στην Ελλάδα (67.5 %), στην Φινλανδία (68.2 %), και στην Ιρλανδία (65,5 %). Τα χαμηλότερα ποσοστά απαντώνται στην Ανατολική Γερμανία (37,7 %), στην Σουηδία (48 %), και στο Βέλγιο (50.5 %).

Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας

Η αξιολόγηση έχει καταστεί αναπόσπαστο και σημαντικό τμήμα του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε προγράμματος, υπηρεσίας ή συστήματος υγείας. Οι δυσβάστακτες δαπάνες για την υγεία, η αμφισβητούμενη αποτελεσματικότητα πολλών ιατρικών μέτρων και η συχνά απρογραμματίστη παροχή περίθαλψης, έχουν οδηγήσει στη συνειδητοποίηση της ανάγκης εκσυγχρονισμού και εξορθολογισμού των υπηρεσιών υγείας. Αυτή ακριβώς την ανάγκη έρχεται να ικανοποιήσει σε μεγάλο βαθμό η αξιολόγηση, η οποία συνοπτικά μπορεί να χαρακτηριστεί ως η αποτίμηση της αξίας μιας συγκεκριμένης επιλογής. Ως αξιολόγηση, εξάλλου, στο χώρο της υγείας νοείται «η κριτική εκτίμηση, με όσο το δυνατόν αντικειμενικότερο τρόπο, του βαθμού στον οποίο το σύνολο ή το μέρος των υπηρεσιών ανταποκρίνονται στους σκοπούς που έχουν τεθεί». Χάρη στην αξιολόγηση, παρέχεται η δυνατότητα εκτίμησης της λειτουργίας μιας υπηρεσίας υγείας, η επισήμανση προβλημάτων ή ελλείψεων, καθώς και η τροποποίηση και βελτίωση της υπηρεσίας προς την κατεύθυνση της μεγαλύτερης δυνατής επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων της.

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών στηρίζεται σε ορισμένα κριτήρια. Μια πρώτη ενότητα κριτηρίων αφορά το αν πληρούνται ή όχι οι βασικές αρχές που, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, πρέπει να διέπουν μια υπηρεσία ή ένα σύστημα υγείας. Οι βασικές αυτές αρχές είναι:

-  **Η διαθεσιμότητα:** η δυνατότητα προσφοράς των υπηρεσιών υγείας χωρίς χρονικά εμπόδια και περιορισμούς (π.χ., 24ωρη λειτουργία).
-  **Η προσπελασιμότητα:** η δυνατότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας από κάθε δικαιούχο, χωρίς γεωγραφικά, συγκοινωνιακά κ.ά. εμπόδια (π.χ., η κάλυψη απομονωμένων περιοχών).
-  **Η συνέχεια :** η δυνατότητα προσφοράς στον πληθυσμό ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας, που θα παρέχουν συνεχή και όχι αποσπασματική περίθαλψη και φροντίδα (π.χ., η διασύνδεση πρωτοβάθμιων και νοσοκομειακών υπηρεσιών).
-  **Η ισότητα :** η δυνατότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας από κάθε δικαιούχο, ανεξαρτήτως κοινωνικών, οικονομικών, φυλετικών, πολιτισμικών, κ.ά. παραγόντων (π.χ., η κάλυψη εθνικών μειονοτήτων).

Μια δεύτερη ενότητα κριτηρίων αξιολόγησης αφορά την ικανοποίηση ή μη τεσσάρων βασικών αρχών λειτουργίας μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας. Τα

κριτήρια αυτά είναι η επάρκεια, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, και η ποιότητα .

Η επάρκεια είναι ο βαθμός ποσοτικής κυρίως ανταπόκρισης των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες υγείας ενός καθορισμένου πληθυσμού. Η έννοια της επάρκειας, που εκφράζεται με το ποσοστό κάλυψης των αναγκών υγείας, εμπεριέχει και μια ποιοτική διάσταση, δηλαδή την εκτίμηση της καταλληλότητας της υποδομής των υπηρεσιών για την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί.

Η αποτελεσματικότητα είναι κριτήριο αξιολόγησης που εκφράζει τη σχέση μεταξύ των προκαθορισμένων στόχων, που θέτουν ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός των υπηρεσιών υγείας, και των στόχων που τελικά επιτεύχθηκαν ως αποτέλεσμα της ύπαρξης και λειτουργίας αυτών των υπηρεσιών.

Η αποδοτικότητα αποτελεί κριτήριο οικονομικής κατά βάση αξιολόγησης, που υπολογίζεται ως το πηλίκο των πραγματικών δαπανών μιας υπηρεσίας υγείας προς τις θεωρητικά ιδανικές δαπάνες. Όσο περισσότερο το πηλίκο αυτό υπερβαίνει τη μονάδα, τόσο μειώνεται η αποδοτικότητα της υπηρεσίας. Για την οικονομική αξιολόγηση μιας υπηρεσίας υγείας, εκτός από το κριτήριο της αποδοτικότητας, χρησιμοποιούνται και οι σχέσεις κόστους-ωφέλειας, κόστους-αποτελεσματικότητας, κόστους-χρησιμότητας και ελαχιστοποίησης κόστους.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί κριτήριο που αξιολογεί την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών, και γενικότερα των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, με τις πλέον ενδεδειγμένες επιστημονικά πράξεις και με το χαμηλότερο δυνατό οικονομικό κόστος. Οι τρεις αυτές βασικές διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, η ικανοποίηση των ασθενών με βάση τις προσωπικές τους επιθυμίες και προτεραιότητες, η επιστημονική καταλληλότητα των παροχών με το μεγαλύτερο δυνατό περιορισμό του ιατρογενούς κινδύνου και η σύγχρονη διοίκηση και ορθολογική διαχείριση των πόρων, συνιστούν το αντικείμενο των συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας.

Σε κάθε περίπτωση οικονομικής αξιολόγησης, δεν θα πρέπει οικονομικοί και μόνο λόγοι να οδηγούν υποχρεωτικά στην απόρριψη μιας υπηρεσίας, εφόσον αυτή έχει αποδεδειγμένα θετικό αποτέλεσμα. Η αξιολόγηση του κόστους είναι χρήσιμη και πρέπει να αξιοποιείται κυρίως σε περιπτώσεις επιλογής ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες εναλλακτικές λύσεις για την επίτευξη ενός σκοπού (π.χ., υλοποίηση ενός προγράμματος εμβολιασμού στο Κέντρο Υγείας ή στο σχολείο).

Ο ρόλος της διατροφής

Ιστορία της διατροφής

Η ιστορία της διατροφής είναι τόσο παλιά όσο και η ιστορία της ανθρωπότητας. Ήδη, πριν μάθει να μιλά και να γράφει, ο άνθρωπος απέκτησε, όπως και τα ζώα, μεγάλη πρακτική πείρα στο ποιες τροφές μπορεί να φάει, ποιες είναι εύγευστες ή άγευστες, ποιες είναι θρεπτικές και ποιες είναι δηλητηριώδεις ή θεραπευτικές. Στο γραπτό λόγο βρίσκουμε να αναφέρεται για πρώτη φορά η επιρροή που είχε η διατροφή στην υγεία και τη ζωή στην Ιλιάδα και στην Οδύσσεια. (1200 π.Χ)

Στην Ιπποκρατική ιατρική (4^{ος} αιώνας π.Χ) αναγνωρίζεται ξεκάθαρα η σχέση μεταξύ διατροφής και ασθενειών. Διαπιστώνεται ότι οι παχύσαρκοι ζουν λιγότερο από τους αδύνατους και προτείνονται διαιτητικές συνήθειες και τρόποι ζωής που ευνοούν τη μακροζωία. Για πρώτη φορά καταγράφονται κανόνες πρόληψης ασθενειών μέσω συγκεκριμένης διαίτας. Ο ιπποκρατικός ιατρός όμως δεν αναφέρεται μόνο στην διαίτα υπό την σημερινή στενή έννοια των διατροφικών κανόνων, για υγιείς, πάσχοντες και αναρρωνύοντες, αλλά όπως συχνά αναφέρει ο ίδιος, κάτω από την ευρύτερη έννοια του τρόπου διατροφής και διαβίωσης.



Thomas Sydenham 1624-1689

Η ιστορία της σύγχρονης διατροφής αρχίζει βασικά πριν από 300 χρόνια με τον άγγλο Thomas Sydenham. Είναι αυτός που επαναφέρει τις Ιπποκρατικές ιδέες στη δύση λέγοντας ότι πολλές ασθένειες μπορεί να θεραπευτούν με σωστή διατροφή και τρόπο ζωής. Τα πρώτα βήματα της παθοφυσιολογίας της διατροφής αρχίζουν με τον Sanctorius (1561-1636) ο οποίος ζυγίζει τον ασθενή πριν και μετά το φαγητό μετρά τις εκκρίσεις και ανακαλύπτει την «άδηλο αναπνοή». Είναι όμως οι εργασίες του Lavoisier (1743-1794) που για πρώτη φορά θα θέσουν τις βάσεις της καύσης

της τροφής και της αναπνοής πάνω στις οποίες στηρίζεται σήμερα η θερμιδομετρία και ο Magendie (1783-1855) εκείνος που υποθέτει ότι η τροφή μας αποτελείται από τρεις διαφορετικές ομάδες, τους υδατάνθρακες, τις πρωτεΐνες και τα λίπη.

Στο τέλος του 19^{ου} αιώνα, οι Voit & Pettenkofer θα μετατρέψουν το Μόναχο σε Μέκκα της διατροφής και θα συστήσουν για πρώτη φορά τις ακριβείς ημερήσιες

διατροφικές ανάγκες του οργανισμού. Για έναν ενήλικα άνδρα π.χ. συστήνουν 118 γρ. πρωτεΐνες, 500 γρ υδατάνθρακες και 56 γρ. λίπη, που δίνουν 3055 kcal. Από εδώ θα ξεκινήσει και ο Lusk (1866-1932), ο οποίος το 1916 θα γράψει το περίφημο βιβλίο του 'The Science of Nutrition', που θα αποτελέσει τη βάση της διατροφής για αρκετές δεκαετίες.

Με το πέρασμα των δεκαετιών, αυξανόταν η γνώση για την σχέση που υπάρχει μεταξύ διατροφής και υγείας. Οι επιστήμονες ανέπτυξαν συστάσεις σχετικά με την ελάχιστη ποσότητα σε θρεπτικά συστατικά που πρέπει να καταναλώσει ένα άτομο προκειμένου να μην αναπτύξει κάποιο πρόβλημα υγείας. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην επαρκή κατανάλωση σε θερμίδες, πρωτεΐνες, ορισμένες βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Έτσι καθιερώθηκαν τα RDAs για κάθε θρεπτικό συστατικό. Με τις ραγδαίες εξελίξεις στην διατροφή στις αναπτυγμένες χώρες τα τελευταία χρόνια, οδήγησαν σε τροποποιήσεις όσον αφορά τον τρόπο ζωής και την διατροφή των πληθυσμών με αποτέλεσμα να υπάρχει επίδραση και στις ασθένειες και στην θνησιμότητα.

Σήμερα, οι διατροφικές συστάσεις επικεντρώνονται στην πρόληψη χρόνιων παθήσεων όπως π.χ. ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτης κ.α. Προς αυτήν την κατεύθυνση συμβάλλουν οι διαιτητικοί στόχοι και κανόνες οι οποίοι αναπτύσσονται σε αρκετές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ορισμένοι έχουν δημοσιοποιηθεί από τα αντίστοιχα Υπουργεία της κάθε χώρας ενώ άλλοι από ομάδες επιστημόνων που ειδικεύονται στην διατροφή και στην υγεία.

Κύριες συστάσεις που περιλαμβάνονται στους διαιτητικούς κανόνες περιλαμβάνουν

1. Ιδανικό βάρος σώματος
2. Μέτρια κατανάλωση κορεσμένων λιπών
3. Αυξημένη κατανάλωση σύνθετων υδατανθράκων και φυτικών ινών
4. Αυξημένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και δημητριακών ολικής αλέσεως
5. Μέτρια κατανάλωση νατρίου και χλωριούχου νατρίου
6. Μικρή κατανάλωση αλκοόλ και μέτρια φυσική δραστηριότητα

Ορισμένες χώρες όπως η Αυστραλία και ο Καναδάς περιλαμβάνουν και άλλες συστάσεις όπως ο Θηλασμός, στην Γερμανία γίνονται συστάσεις για την προετοιμασία του φαγητού και για τις τεχνικές μαγειρέματος, στην Νορβηγία προτείνουν την αύξηση της κατανάλωσης ψαριού, στην Γαλλία και στην Νέα Ζηλανδία γίνεται λόγος σχετικά με την επαρκή κατανάλωση των ζωικών πρωτεϊνών,

Η σημασία της διατροφής

Οι άνθρωποι στις χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης πλέον ζουν περισσότερο και οδηγούνται σε πιο υγιεινούς τρόπους ζωής απ'ότι παλιότερα.. Με ημερομηνία γέννησης το 1970, το προσδόκιμο ζωής για τις γυναίκες αυξήθηκε κατά 5 ½ χρόνια, ενώ για τους άνδρες σε 4 ½ χρόνια. Ένα κορίτσι που γεννήθηκε το 1995 αναμένεται να ξεπεράσει τα 80 χρόνια ζωής ενώ ένα αγόρι να ξεπεράσει τα 74 χρόνια. Ωστόσο θα ήταν λάθος να υποθέσει κάποιος ότι δεν εξακολουθούν να υπάρχουν σοβαρά προβλήματα υγείας που στοιχίζουν την ζωή χιλιάδων ανθρώπων. Περισσότεροι από 600.000 άτομα ηλικίας μεταξύ 35-64 ετών, πεθαίνουν κάθε μέρα, ειδικά από ασθένειες που σχετίζονται άμεσα με τον τρόπο ζωής του κάθε ατόμου: 4 στα 10 άτομα πεθαίνουν από καρκίνο, 3 στους 10 από καρδιαγγειακά νοσήματα και σχεδόν 1 στους 10 από ατυχήματα και αυτοκτονίες..

Συγκλίνουσες ενδείξεις από επιδημιολογικές, κλινικές και πειραματικές έρευνες, ενοχοποιούν διατροφικούς παράγοντες για μεγάλο μέρος του σύγχρονου νοσολογικού φάσματος των αναπτυγμένων χωρών, το οποίο, καλύπτει, μεταξύ άλλων, αρκετές κακοήθειες νεοπλασίες και τα συχνότερα εμφανιζόμενα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος. Η διατροφή σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες του τρόπου ζωής, σχετίζεται με αρκετά διαδεδομένες ασθένειες όπως είναι η παχυσαρκία, ο διαβήτης, ορισμένες μορφές καρκίνου και καρδιαγγειακές παθήσεις. Η αντιμετώπιση αυτών των ασθενειών μέσω θεραπείας έχει ως αποτέλεσμα την κατανάλωση σημαντικού ποσοστού των χρηματικών πόρων του συστήματος υγείας. Παρόλο τις θετικές αλλαγές που παρατηρήθηκαν σχετικά με την διατροφή και την δημόσια υγεία τις τελευταίες δεκαετίες, υπάρχει μια τεράστια αύξηση στις χρόνιες ασθένειες οι οποίες σχετίζονται σε κάποιο βαθμό με την διατροφή και με τον τρόπο ζωής γενικότερα. Πιο συγκεκριμένα διαιτητικοί παράγοντες και αναποτελεσματικοί τρόποι ζωής ενοχοποιούνται για:

- 30 – 40 % των καρκίνων
- Τουλάχιστον για το 1/3 των πρόωρων θανάτων από καρδιαγγειακές παθήσεις στην Ευρώπη
- Την ευρύ διάδοση της ‘επιδημίας’ της παχυσαρκίας στην Ευρώπη, που φαίνεται ότι διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο τον σακχαρώδη διαβήτη, αποτελεί υψηλό παράγοντα κινδύνου στις καρδιαγγειακές παθήσεις και σε ορισμένες μορφές καρκίνου, και στους πρόωρους θανάτους

- Την οστεοπόρωση με τις συνέπειες της, περιλαμβανομένου και του αυξημένου αριθμού καταγμάτων στους ηλικιωμένους (382,000 στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 1996)
- Πολλές μορφές ανεπάρκειας βιταμινών, μετάλλων και ιχνοστοιχείων ειδικότερα σιδήρου και ιωδίου

Η παχυσαρκία είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας το οποίο σχετίζεται σε σημαντικότατο βαθμό με την διατροφή. Η παχυσαρκία μειώνει το προσδόκιμο ζωής με το να αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου, υπέρτασης, διαβήτη τύπου II, αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, οστεοαρθρίτιδας και συγκεκριμένων τύπων καρκίνου. Η πιθανότητα ανάπτυξης υπέρτασης, υπερλιπιδαιμίας και διαβήτη τύπου II, είναι δύο με τρεις φορές μεγαλύτερη σε παχύσαρκους ανθρώπους. Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έρευνα του National Health and Nutrition Examination, 58 εκατομμύρια ή ένας στους τρεις ενήλικες στις ΗΠΑ είναι υπέρβαροι. Από την άλλη η έλλειψη ενεργειακής πρόσληψης, το άτομο μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα υποσιτισμού και να γίνει φιλάσθενο. Από αυτά λοιπόν τα παραδείγματα παθήσεων που σχετίζονται με την διατροφή, μπορεί κανείς να συμπεράνει πόσο σημαντική είναι η διατροφική αξιολόγηση, η έγκαιρη διάγνωση, η πρόληψη και η αποκατάσταση.

Επειδή στην καθημερινή πράξη δεν είναι εύκολο να υπολογίσουμε ακριβώς την ποσότητα του σωματικού λίπους, χρησιμοποιείται σήμερα διεθνώς, ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ). Ο ΔΜΣ είναι ο λόγος του βάρους προς το τετράγωνο του ύψους. Το βάρος πρέπει να εκφράζεται σε κιλά και το ύψος σε μέτρα. Σύμφωνα με το ΔΜΣ, τα σχετικά φυσιολογικά αλλά και παθολογικά βάρη είναι:

-  Λιποβαρείς: λιγότερο από 18,5
-  Φυσιολογικό: 18,5-24,9
-  Υπέρβαρος : 25-29,9
-  Παχύσαρκος, κατηγορία I: 30-34,9
-  Παχύσαρκος, κατηγορία II : 35-39,9
-  Παχύσαρκος, κατηγορία III : άνω του 40. Η κατηγορία αυτή ονομάζεται και νοσογόνος

Πολλοί παχύσαρκοι, προσπαθώντας να μειώσουν το σωματικό τους βάρος, ακολουθούν δίαιτες που είναι χαμηλές σε θερμίδες, πρωτεΐνη, βιταμίνες, μέταλλα και ιχνοστοιχεία, με αποτέλεσμα η διατροφή τους να είναι φτωχή σε θρεπτικά συστατικά. Επιπλέον, στις δίαιτες που είναι πολύ χαμηλές σε θερμίδες (500-800 θερμίδες) ο ασθενής δεν αλλάζει τελικά την διαιτητική του συμπεριφορά, αλλά όταν τελειώσει αυτή η περίοδος της σκληρής δίαιτας, συνήθως επιστρέφει στις παλιές του συνήθειες και ξαναπαίρνει βάρος. Ο κύριος στόχος του οποιουδήποτε υπέρβαρου

ατόμου δεν θα πρέπει να είναι, η απώλεια ενός αριθμού κιλών σε κάποιο χρονικό διάστημα, αλλά να διατηρήσει κάποιο βάρος χαμηλότερο από το σημερινό στην υπόλοιπη ζωή του. Ακόμα και η σταθεροποίηση του βάρους στα σημερινά αυξημένα επίπεδα θεωρείται επιτυχία, αφού το σωματικό βάρος σχεδόν πάντα αυξάνει με την πάροδο του χρόνου, λιγότερο στα άτομα με φυσιολογικό βάρος και περισσότερο στα υπέρβαρα. Οι στόχοι για μια επιτυχή θεραπεία της παχυσαρκίας πρέπει να είναι:

1. Αποκατάσταση των μεταβολικών διαταραχών που συνήθως συνοδεύουν την παχυσαρκία (διαβήτης, δυσλιπιδαιμία, υπέρταση, κ.α)
2. Ρεαλιστικά επίπεδα βάρους. Αν ένα παχύσαρκο άτομο ξεπεράσει κάποια πολύ υψηλά όρια βάρους είναι ουτοπία να επιδιώξει τη φυσιολογικοποίηση του.
3. Τροποποίηση διαιτητικής συμπεριφοράς. Ο παχύσαρκος πρέπει να αναπτύξει μια ισορροπημένη διαιτητική συμπεριφορά. Πολλές φορές οι άνθρωποι προσπαθούν να χάνουν γεύματα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Το ενδεδειγμένο είναι να υπάρχουν πάντα 3 βασικά γεύματα
4. Μακροχρόνια θεραπεία και παρακολούθηση, όπως άλλωστε γίνεται και σε κάθε χρόνια μεταβολική νόσο.

Τα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να έχει μια δίαιτα απώλεια βάρους είναι:

- ➡ Ασφάλεια
- ➡ Ταχύτητα. Έχει παρατηρηθεί ότι τα παχύσαρκα άτομα δεν αντέχουν για πολύ καιρό σε περιοριστικά διαιτητικά σχήματα. Λίγοι είναι αυτοί που ακολουθούν μια δίαιτα για διάστημα μεγαλύτερο από 4-6 μήνες. Απώλεια της τάξεως του 1 % του σωματικού βάρους ανά βδομάδα είναι αρκετά μεγάλη, τις περισσότερες φορές ασφαλής και μπορούμε και μπορούμε σε 20 π.χ μήνες να χάσουμε ακόμα και το 20 % του αρχικού σωματικού βάρους
- ➡ Αποτελεσματικότητα
- ➡ Εξατομίκευση
- ➡ Να συνδυάζεται με τα υπάρχοντα προβλήματα
- ➡ Λογικό κόστος
- ➡ Τροποποίηση διαιτητικών συνηθειών



Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η προτεινόμενη αγωγή πρέπει να λαμβάνει υπόψη όλους τους παράγοντες κινδύνου του ασθενή και θα πρέπει να αποβλέπει στην σταδιακή αλλαγή του καθημερινού διατροφολογίου. Είναι σημαντικό να επισημανθούν οι επόμενες παρατηρήσεις, οι οποίες πρέπει να λαμβάνονται υπ'όψη στον σχεδιασμό των διατροφολογίων:

- ✓ Η πιθανότητα θανάτου από στεφανιαία νόσο αυξάνεται όταν τα επίπεδα χοληστερόλης και κυρίως της LDL – χοληστερόλης είναι αυξημένα.
- ✓ Τα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα επηρεάζονται από τα ποσοστά και το είδος του λίπους τροφής. Λίπη πλούσια σε κορεσμένα λιπαρά οξέα, με μήκος ανθρακικής αλυσίδας από 12-16 άτομα άνθρακα, αυξάνουν την χοληστερόλη του ορού και την LDL – C, ενώ τα ω-6 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα την μειώνουν
- ✓ Τα ω-3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μειώνουν τα τριγλυκερίδια του ορού και έχουν αντιθρομβωτικές ιδιότητες.
- ✓ Τα trans λιπαρά οξέα, τα οποία σχηματίζονται από μερική υδρογόνωση φυτικών και ζωικών λιπών, αυξάνουν τη χοληστερόλη του ορού, την LDL- C και τα τριγλυκερίδια και μειώνουν την HDL-C.

- ✓ Η χοληστερόλη της τροφής είναι δυνατόν να αυξήσει τη χοληστερόλη του ορού αλλά η επίδραση των κεκορεσμένων λιπαρών οξέων στη χοληστερόλη του ορού είναι μεγαλύτερη
- ✓ Δίαιτες πλούσιες σε διαλυτούς, εκτός αμύλου, πολυσακχαρίτες, μειώνουν τα επίπεδα της LDL-C
- ✓ Αντιοξειδωτικές ουσίες (όπως βιταμίνες E και C και καροτενοειδή) ενδεχομένως παρεμποδίζουν την οξείδωση της LDL.
- ✓ Δίαιτες πλούσιες σε κάλιο μειώνουν την αρτηριακή πίεση και την πιθανότητα εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου. Η πρόσληψη καλίου αυξάνεται με την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών.

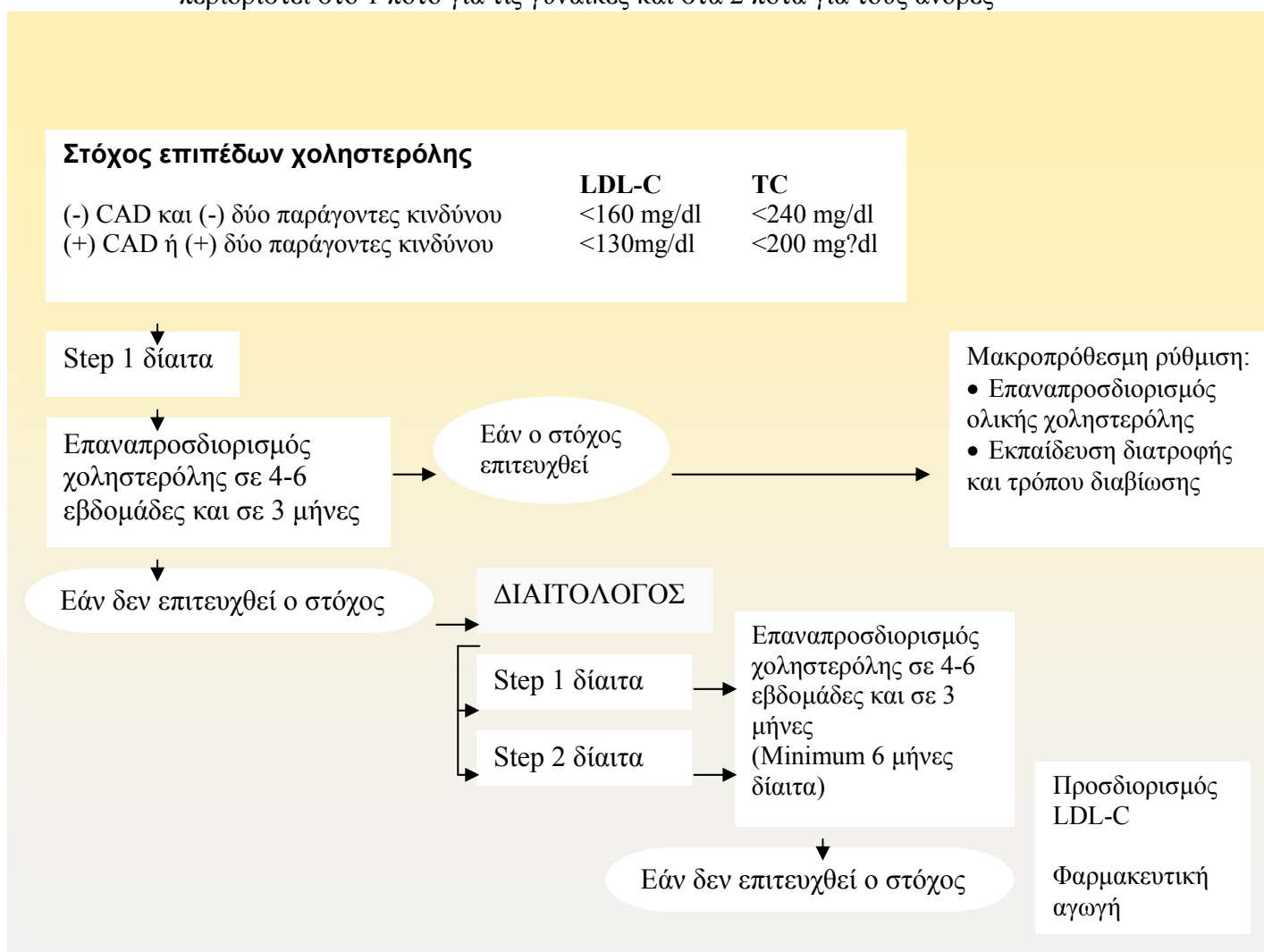
Τα πρώτα βήματα αντιμετώπισης υψηλών επιπέδων χοληστερόλης είναι η αλλαγή της πρόσληψης κεκορεσμένων λιπαρών οξέων και χοληστερόλης, και ο έλεγχος σωματικού βάρους. Η πρώτη δίαιτα που συνίσταται στους ασθενείς από τους διαιτολόγους είναι η Step 1 δίαιτα για 3 περίπου μήνες. Σύμφωνα με αυτήν τη δίαιτα η ολική πρόσληψη του λίπους θα μειωθεί στο 30 % ή λιγότερο της προσλαμβανόμενης ενέργειας, των κορεσμένων λιπαρών οξέων στο 8-10 % της ενέργειας και της χοληστερόλης σε λιγότερο από 300 mg ημερησίως. Εάν δεν επιτευχθεί ο θεραπευτικός στόχος, τότε η Step 2 δίαιτα θα συσταθεί στον ασθενή για 3 επιπλέον μήνες, κατά την οποία η πρόσληψη των κεκορεσμένων λιπαρών οξέων θα μειωθεί σε λιγότερο από 7 % της προσλαμβανόμενης ενέργειας και η πρόσληψη της χοληστερόλης σε λιγότερο από 200 mg ημερησίως.

Τον Οκτώβριο του 2001, δημοσιεύτηκαν στο ιατρικό περιοδικό "Circulation", οι νέες διατροφικές οδηγίες της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας για την πρωτοπαθή και δευτεροπαθή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου. Οι συστάσεις αυτές στηρίχτηκαν σε εκατοντάδες δημοσιευμένες επιστημονικές μελέτες και για πρώτη φορά αναφέρονται στη συνολική διαιτητική πρακτική και όχι απλά στη μείωση του ζωικού λίπους και της χοληστερόλης. Οι συστάσεις αυτές είναι:

- ☞ Διατροφή πλούσια σε φρούτα, χορταρικά, όσπρια, δημητριακά ολικής αλέσεως, γαλακτοκομικά με χαμηλά λιπαρά και λιγότερο άπαχο κρέας και κοτόπουλο.
- ☞ Πρόσληψη δύο μερίδων εβδομαδιαίως λιπαρών ψαριών (σαρδέλλα, σολομός, τόνος κ.α.)
- ☞ Καταπολέμηση της παχυσαρκίας. Είναι απαραίτητη η πρόληψη της παχυσαρκίας και για τα ήδη παχύσαρκα άτομα συστήνεται απώλεια βάρους με ρυθμό 0.5-1 κιλό τη βδομάδα. Καθοριστικός παράγοντας για τη σταθερή απώλεια βάρους είναι ο συνδυασμός της δίαιτας με συστηματική άσκηση.
- ☞ Ακόμα και οι υγιείς ενήλικες θα πρέπει να μειώσουν τη διαιτητική πρόσληψη ζωικού λίπους, καθώς και την πρόσληψη των trans-λιπαρών οξέων (τα υδρο-

γονωμένα σπορέλαια που βρίσκονται σε πολλές βιομηχανοποιημένες τροφές και στις σκληρές μαργαρίνες).

- Άτομα με αυξημένη πιθανότητα αγγειοπαθειών (καπνιστές, υπέρτασικοί, διαβητικοί), καθώς και οι ήδη πάσχοντες, θα πρέπει να μειώσουν ακόμα περισσότερο τα ζωικά λίπη και τα trans-λιπαρά.
- Η μέση ημερήσια πρόσληψη χοληστερόλης θα πρέπει να είναι έως 300 mg για τα υγιή άτομα και έως 200 mg για αυτά με αυξημένο κίνδυνο και για τα ήδη πάσχοντα.
- Η ημερήσια πρόσληψη αλατιού θα πρέπει να είναι έως 6 γρ. ή 2400 mg νατρίου.
- Η πρόσληψη των αναγκαίων θρεπτικών στοιχείων θα πρέπει να γίνεται με τη διατροφή και όχι μέσω διαιτητικών συμπληρωμάτων.
- Αν κανείς πίνει οινόπνευματώδη, θα πρέπει η μέση ημερήσια ποσότητα να περιοριστεί στο 1 ποτό για τις γυναίκες και στα 2 ποτά για τους άνδρες



Σχήμα: Ο ρόλος του διαιτολόγου στην αντιμετώπιση των υπερλιπιδαιμιών, σύμφωνα με τις οδηγίες του National Cholesterol Education Program και της American Heart Association

Η σημασία όμως της διατροφής για την πρωτοπαθή και δευτεροπαθή πρόληψη της στεφανιαίας νόσου δεν έχει αναγνωρισθεί μόνο από τους υπερατλαντικούς πληθυσμούς. Μελέτη που έγινε στη Δανία, έδειξε ότι αν τρώει κανείς την ποσότητα φρούτων που συστήνεται, μειώνει τον κίνδυνο ισχαιμικής καρδιοπάθειας κατά 12% και αν καταναλώνει τη συστηνόμενη ποσότητα λαχανικών, ο κίνδυνος μειώνεται κατά 22%. Τα ψάρια μειώνουν τη θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο κατά 26% σε άτομα που έχουν αυξημένο κίνδυνο.

Στη Σουηδία βρέθηκε μεγάλη διαφορά στη συχνότητα στεφανιαίας νόσου μεταξύ των κατοίκων της δυτικής ακτής (Goteborg) και δύο πόλεων του Βορρά (Norrbotten και Vasterbotten). Ανάλυση των διαιτητικών συνηθειών στις περιοχές αυτές έδειξε ότι ο κύριος προδιαθεσικός παράγοντας που προκαλούσε αυτή τη διαφορά ήταν η μεγαλύτερη κατανάλωση ζωικού λίπους (και τα απότοκα υψηλότερα επίπεδα χοληστερόλης) που έκαναν οι κάτοικοι του Βορρά. Στη Φινλανδία, η θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο μειώθηκε κατά 55% στους άνδρες και κατά 68% στις γυναίκες μεταξύ των ετών 1972 και 1992. Η τεράστια αυτή βελτίωση μέσα σε τόσο λίγα χρόνια απεδόθη κύρια στη μείωση της χοληστερόλης και του καπνίσματος. Και βέβαια, η μείωση της χοληστερόλης δικαιολογήθηκε από την επιτευχθείσα τροποποίηση της διαιτητικής συμπεριφοράς των Φινλανδών και η οποία ήταν:

- ❖ Μείωση του λίπους της διατροφής από το 38% στο 34% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης
- ❖ Μείωση του ζωικού λίπους από 21% σε 16%.
- ❖ Αύξηση των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων από 3% σε 5%.
- ❖ Μείωση της διαιτητικής πρόσληψης χοληστερόλης κατά 16%
- ❖ Αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και χορταρικών κατά 200-300%.
- ❖ Τριπλασιασμός της διαιτητικής πρόσληψης σεληνίου.

Μελέτη που έγινε στην Κίνα από Αμερικανούς ερευνητές (Cornell China study), έδειξε ότι η διαιτητική πρόσληψη λίπους ήταν 50% μικρότερη στην Κίνα από αυτή των ΗΠΑ, η πρόσληψη διαιτητικών ινών 300% μεγαλύτερη και η κατανάλωση ζωικής πρωτεΐνης έφτανε μόλις στο 10% αυτής των Αμερικανών. Τα αποτελέσματα αυτών των διαφορών ήταν: Μέση τιμή χοληστερόλης 127mg% οι Κινέζοι, 203 mg% οι Αμερικανοί και βέβαια η συχνότητα θανάτου από στεφανιαία νόσο ήταν 16.7 φορές μεγαλύτερη στους Αμερικανούς και 5.6 φορές στις Αμερικανίδες. Εκτός όμως από τα ζωικά λίπη, τη χοληστερόλη, τις φυτικές ίνες κ.α. μακροστοιχεία της διατροφής που αναμφίβολα συμβάλλουν στην εμφάνιση και εξέλιξη της στεφανιαίας νόσου, φαίνεται ότι και άλλοι παράγοντες διαδραματίζουν καθοριστικούς ρόλους.

Σε γενικές γραμμές πρέπει να δοθεί έμφαση στην πληροφόρηση του ασθενούς όσον αφορά την αύξηση στην κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, δημητριακών και

οσπρίων καθώς επίσης πουλερικών, ψαριών, κρεάτων χωρίς λίπος και χαμηλών σε λίπος γαλακτοκομικών προϊόντων.

Μια ενδεδειγμένη διατροφή μπορεί να επιτύχει μείωση των υπερλιπιδαιμιών, μείωση της υπέρτασης, μείωση του σωματικού βάρους και σε συνδυασμό με την ενδεχόμενη φαρμακευτική αγωγή, να επιφέρει μείωση του κινδύνου ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ένας καλός διαιτολόγος δεν είναι αυτός ο οποίος γνωρίζει μόνο ποιες διαιτολογικές αλλαγές είναι απαραίτητες, αλλά και ποιες από αυτές μπορούν να γίνουν αποδεκτές από τον ασθενή.

Υψίστης σημασίας είναι και η διατροφική αγωγή αμέσως μετά από επεισόδιο εμφράγματος του μυοκαρδίου. Οι στόχοι είναι οι εξής:

- Μείωση των πιθανών αρρυθμιών με απαγόρευση κατανάλωσης καφεΐνης και χρησιμοποίηση υγρής μορφής δίαιτας στις πρώτες 24 ώρες, όταν η ναυτία και ο εμετός είναι συχνοί.
- Μείωση της καρδιακής φόρτισης με την χρησιμοποίηση μικρών και πυκνών γευμάτων 800 – 1200 θερμίδες ημερησίως
- Εξατομίκευση της αποφυγής νατρίου αναλόγως με την κατάσταση των σωματικών υγρών και νατρίου
- Συνεχής πληροφόρηση όσον αφορά την μακροπρόθεσμη διαιτολογική αγωγή

Η διαιτολογική αντιμετώπιση της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας έχει διαφόρους στόχους:

- Μείωση της πρόσληψης νατρίου η οποία μειώνει την κατακράτηση υγρών και την καρδιακή φόρτιση. Σε περιπτώσεις ασθενών με σοβαρής μορφής καρδιακής ανεπάρκειας μπορεί να είναι απαραίτητη η μείωση της πρόσληψης νατρίου σε 500 mg ημερησίως και σε ηπιότερης μορφής σε 2 έως 3 g ημερησίως
- Ο έλεγχος της παχυσαρκίας είναι απαραίτητος μέσω της μείωσης της θερμιδικής πρόσληψης, ώστε να μειωθεί η καρδιακή φόρτιση
- Ο έλεγχος των επιπέδων του καλίου είναι απαραίτητος, κυρίως όταν η θεραπεία περιλαμβάνει χορήγηση διουρητικών και διγοξίνης ώστε να αποφευχθεί η υποκαλιαιμία
- Μικρά και συχνά γεύματα μπορεί να βοηθήσουν σε περιπτώσεις σοβαρής μορφής καρδιακής ανεπάρκειας
- Η κατανάλωση καφεΐνης πρέπει να αποφεύγεται, κυρίως μετά την παρουσία ατομικού ιστορικού εμφράγματος του μυοκαρδίου ή καρδιακής αρρυθμίας

Η πιθανότητα αναπτύξεως στεφανιαίας νόσου αυξάνεται όταν η πίεση του αίματος συστολική και διαστολική είναι αυξημένες. Η πιθανότητα αυτή όμως είναι μικρότερη όταν τα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα είναι χαμηλά. Αντιθέτως, η

πιθανότητα εγκεφαλικού επεισοδίου παραμένει αυξημένη. Όπως έχει τονίσει σε πολλές ανακοινώσεις του ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, έχουμε υποχρέωση να ελέγξουμε την αυξημένη αρτηριακή πίεση του πληθυσμού μας και αυτό μπορούμε να το πετύχουμε με:

- ☞ Την πρόληψη εμφάνισης νέων περιπτώσεων υπέρτασης.
- ☞ Την πρόωπη διάγνωση των νέων περιπτώσεων της νόσου.
- ☞ Την καλύτερη δυνατή θεραπεία των ήδη υπερτασικών.

Η φαρμακευτική θεραπεία της υπέρτασης δυστυχώς έχει αρκετά μειονεκτήματα αφού:

- Ένα ποσοστό των πασχόντων, δεν ρυθμίζεται ικανοποιητικά μόνο με τα φάρμακα
- Υπερτασικοί, ακόμα και με καλή ρύθμιση, έχουν πολλές φορές αυξημένη συχνότητα καρδιαγγειακών νόσων, σε σχέση με τους μη υπερτασικούς. Επομένως, πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην **πρόληψη**, αν θέλουμε να μειωθεί η νοσηρότητα και η θνησιμότητα του γενικού πληθυσμού.

Η καλύτερη πρόληψη (και όχι μόνο) της υπέρτασης είναι η διατροφή και ο γενικότερος τρόπος ζωής μας. Μέσω της σωστής διατροφής μπορούμε να πετύχουμε:

- ✓ Τη μείωση της συχνότητας υπέρτασης στο γενικό πληθυσμό.
- ✓ Τη μείωση των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης στους ήδη υπερτασικούς.
- ✓ Τη μείωση ή και διακοπή των αντιυπερτασικών φαρμάκων.
- ✓ Τη μείωση της συχνότητας στεφανιαίας νόσου, αγγειακών προβλημάτων και εγκεφαλικών επεισοδίων που οφείλονται στην υπέρταση.

Οι διατροφικοί παράγοντες που άμεσα ή έμμεσα, λιγότερο ή περισσότερο, σχετίζονται με την υπέρταση είναι:

1. Η παχυσαρκία

Κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες αποδεικνύουν ότι η συχνότητα υπέρτασης στο γενικό πληθυσμό μεγαλώνει όσο αυξάνει το σωματικό βάρος. Όπως έδειξε μελέτη που έγινε σε 1 εκατομμύριο Αμερικανούς όλων των ηλικιών, σε άνδρες ηλικίας 20-39 ετών, με φυσιολογικό σωματικό βάρος, η συχνότητα υπέρτασης ήταν 7.2%, ενώ σε υπέρβαρα άτομα της ίδιας ηλικίας, η συχνότητα έφτανε στο 17.6%. Ανάλογα ευρήματα υπήρξαν και σε άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας, όπως και σε γυναίκες.

Ένα άλλο ενδιαφέρον στοιχείο που συμπεραίνεται από άλλη μελέτη είναι το ότι παχύσαρκα άτομα όλων των ηλικιών με φυσιολογική αρτηριακή πίεση, είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν στο μέλλον υπέρταση από ότι τα άτομα με φυσιολογικό βάρος. Τα αναμφισβήτητα σήμερα μηνύματα είναι:

- Η διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά όρια, μειώνει σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης νέων περιπτώσεων υπέρτασης στο γενικό πληθυσμό.
- Η παχυσαρκία, αλλά ακόμα και η μικρή αύξηση του σωματικού βάρους πάνω από το κανονικό, όταν μάλιστα συνοδεύεται από κεντρική κατανομή του

σωματικού λίπους, αυξάνει την αρτηριακή πίεση σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα

- Η έστω και μικρή απώλεια βάρους σε παχύσαρκα υπερτασικά άτομα (3-4 κιλά συνολικά), είναι δυνατόν να αποκαταστήσει την αρτηριακή πίεση στο φυσιολογικό ή να βοηθήσει στην καλύτερη ρύθμιση της πίεσης, πολλές φορές και με μείωση των αντιυπερτασικών φαρμάκων. Θα πρέπει πάντως να τονίσουμε στο σημείο αυτό ότι αν και με την απώλεια βάρους έχουμε ομαλοποίηση της υπέρτασης, μετά από λίγο καιρό είναι δυνατόν η υπέρταση να υποτροπιάσει, έστω και αν το βάρος παραμένει φυσιολογικό.

2. Πρόσληψη νατρίου: Έχει παρατηρηθεί ότι μείωση του προσλαμβανόμενου άλατος από την τροφή, μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της αρτηριακής πίεσης σε υπερτασικούς. Την μεγαλύτερη συνεισφορά στο νάτριο της τροφής την έχουν τα επεξεργασμένα τρόφιμα. Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι το 77 % της πρόσληψης άλατος προέρχεται από νάτριο το οποίο προστίθεται κατά τα στάδια επεξεργασίας, ενώ το νάτριο που βρίσκεται φυσικά στην τροφή συνείσφερε στο 12 % της ολικής πρόσληψης νατρίου. Προσοχή στο "κρυμμένο" αλάτι των τροφίμων και περισσότερο:

- Στα κονσερβοποιημένα τρόφιμα.
- Στα τυριά.
- Στα αλαντικά.
- Στα αλίπαστα.
- Στο ψωμί.
- Στα προπαρασκευασμένα τρόφιμα.

Ο καταναλωτής οφείλει να διαβάξει προσεκτικά τις ετικέτες των τροφίμων, όπου υπάρχουν, για την περιεκτικότητά τους σε αλάτι. Επομένως, τα επεξεργασμένα τρόφιμα πρέπει να αποφεύγονται και να προτιμώνται τα φρέσκα προϊόντα. Επίσης, δεν πρέπει να χρησιμοποιείται αλάτι ούτε κατά το μαγείρεμα, ούτε και στο τραπέζι σαν επιπρόσθετο, κατά την διάρκεια του γεύματος. Υπάρχει μια σειρά από διαιτολόγια χαμηλά σε περιεκτικότητα νατρίου. Τα περισσότερο κοινά είναι :

- | | | |
|----------|---|----------------------------|
| • 500 mg | → | Πολύ σοβαρής μορφή αποφυγή |
| • 1 gr | → | Σοβαρής μορφή αποφυγή |
| • 2-3 gr | → | Ήπια ή μέτρια αποφυγή |
| • 4 gr | → | Μη επιπρόσθετο αλάτι |

3. Κάλιο, Ασβέστιο, Μαγνήσιο: Η επαρκής πρόσληψη καλίου είναι απαραίτητη για τους υπερτασικούς ασθενείς για τους ακόλουθους λόγους

- Υψηλή πρόσληψη καλίου δρα προστατευτικά κατά της ανάπτυξης της υπέρτασης , ενώ η ανεπάρκεια στην πρόσληψη μπορεί να αυξήσει την αρτηριακή υπέρταση και

- Η υποκαλιαιμία είναι μια συχνά επικίνδυνη επιπλοκή η οποία παρατηρείται σε υπερτασικούς οι οποίοι βρίσκονται σε φαρμακευτική αγωγή με διουρητικά και η οποία μπορεί να δημιουργήσει κοιλιακές αρρυθμίες

Επομένως, τα επίπεδα καλίου στο αίμα πρέπει να παραμείνουν φυσιολογικά κατά την διάρκεια της αγωγής. Κλινικά συμπτώματα ανεπάρκειας καλίου περιλαμβάνουν ανορεξία και μυϊκή αδυναμία. Έχει επίσης αποδεχθεί ότι επαρκής πρόσληψη σε ασβέστιο και μαγνήσιο προφυλάσσει από την ανάπτυξη της υπέρτασης, χωρίς να χρειάζεται πρόσληψη άνω των RDA.

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα νόσημα που χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα λόγω προβλημάτων στη σύνθεση ινσουλίνης από το πάγκρεας (ινσουλινο – εξαρτώμενος διαβήτης, ή διαβήτης τύπου I) ή στην ευαισθησία των κυττάρων στην ινσουλίνη (μη ινσουλινο-εξαρτώμενος διαβήτης, ή διαβήτης τύπου II)

Τα αμέσως επόμενα χρόνια, οι περιπτώσεις σακχαρώδους διαβήτη θα υπερδιπλασιαστούν παγκοσμίως, από 143 εκατομμύρια το 1999 σε 300 εκατομμύρια το 2025. Οι παράγοντες που συντελούν στην τεράστια αυτή αύξηση, κυρίως της συχνότητας του διαβήτη των ενηλίκων ,είναι:

- Η διατροφή.
- Ο τρόπος ζωής και η αστικοποίηση του πληθυσμού.
- Η αλλαγή των διαγνωστικών κριτηρίων.
- Η αύξηση της μέσης ηλικίας του πληθυσμού.
- Η αύξηση της συχνότητας και βαρύτητας της παχυσαρκίας παγκοσμίως.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η συχνότητα θανάτου σε διαβητικούς από στεφανιαία νόσο είναι 2-4 φορές μεγαλύτερη από αυτή του γενικού πληθυσμού και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια αναφέρεται ότι είναι τουλάχιστον 15% συχνότερα σε διαβητικούς.

Ο σπουδαιότερος τροποποιούμενος προδιαθεσικός παράγοντας του διαβήτη τύπου II είναι η παχυσαρκία. Η εθνική επιτροπή διαβήτη των Ηνωμένων Πολιτειών αναφέρει ότι η συχνότητα του διαβήτη σε ελαφρώς υπέρβαρα άτομα είναι διπλάσια αυτής του γενικού πληθυσμού, σε παχύσαρκα άτομα πενταπλάσια και σε αυτούς με νοσογόνο παχυσαρκία (δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) >40) 10πλάσια. Μία προδρομική μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο (British Regional Heart Study) που παρακολούθησε 7735 μεσήλικες άνδρες επί 12.8 έτη, έδειξε ότι αυτοί με ΔΜΣ >27.9, έχουν 7πλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν διαβήτη από τους άνδρες με φυσιολογικό σωματικό βάρος.

Στην περίπτωση του διαβήτη τύπου I, το πάγκρεας δε συνθέτει ινσουλίνη και επομένως ο διαβητικός χρειάζεται ενέσεις ινσουλίνης. Ο διαβήτης αυτός εμφανίζεται συνήθως κατά την παιδική ηλικία. Αντίθετα, ο διαβήτης τύπου II εμφανίζεται

συνήθως μετά την ηλικία των 40 ετών και είναι πολύ συχνός στους παχύσαρκους. Η αντιμετώπιση αυτού του τύπου διαβήτη περιλαμβάνει μείωση του σωματικού βάρους και διαιτητική παρέμβαση. Παλιότερα, οι συστάσεις ήταν η πρόσληψη υδατανθράκων σε ποσοστό 50 – 60 % της προσλαμβανομένης ενέργειας και η πρόσληψη λίπους κάτω από 30 %. Οι πρόσφατες όμως συστάσεις αναφέρουν ότι η πρόσληψη λίπους μπορεί και να φτάσει το 40 % με την προϋπόθεση ότι το μισό να προέρχεται από μονοακόρεστα λιπαρά οξέα που βρίσκονται στο ελαιόλαδο.

Σωστοί διαιτητικοί χειρισμοί στο διαβητικό μπορεί να αποτρέψουν ή να μειώσουν την πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών αλλά και να σταθεροποιήσουν ή να βελτιώσουν τις ήδη υπάρχουσες. Πρόσφατα δείχθηκε ότι διαβητικοί άνω των 55 ετών που συμμετείχαν σε πρόγραμμα ιατρικής διαιτητικής θεραπείας, μείωσαν την ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης κατά 9.5% και την εξωνοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη κατά 23.5%, σε σχέση με διαβητικούς αναλόγου ηλικίας που δεν τους παρέχονταν ανάλογες υπηρεσίες. Η μεταβολή αυτή, εκτός από τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του διαβητικού, μειώνει και το κόστος περίθαλψης της ομάδας αυτής του πληθυσμού. Κατά τον προγραμματισμό του διαιτολογίου του διαβητικού ατόμου θα πρέπει να υπολογίζονται ακριβώς 3 παράγοντες:

- Ποσότητα τροφής.
- Ποιότητα - σύνθεση τροφών.
- Κατανομή γευμάτων.

Η έμφαση που θα δίνεται σε καθένα από αυτούς εξαρτάται από το είδος του διαβήτη, το σωματικό βάρος, την ηλικία και τα συνυπάρχοντα προβλήματα.

Η σιδηροπενική αναιμία είναι η περισσότερο κοινή μορφή αναιμίας, η οποία συναντάται στη κλινική πρακτική. Ένας από τους κύριους παράγοντες που υπεισέρχεται στην παθογένεση της είναι η ανεπαρκής πρόσληψη σιδήρου από την τροφή. Κατά τα αρχικά στάδια της ανεπάρκειας σιδήρου, εξαντλούνται τα αποθέματα φερριτίνης και η απορρόφηση σιδήρου αυξάνεται. Παράλληλα, και όπως συμβαίνει συχνά και σε άλλου τύπου αναιμίες, εμφανίζονται εξάντληση και δύσπνοια στον ασθενή. Μια σοβαρής μορφής ανεπάρκεια σιδήρου μπορεί να προκαλέσει δομικές και λειτουργικές αλλαγές στους επιθηλιακούς ιστούς. Ο σίδηρος απορροφάται καλύτερα από ορισμένα τρόφιμα απ'ότι από άλλα και επιπλέον, ορισμένα συστατικά της τροφής διευκολύνουν και άλλα παρεμποδίζουν την απορρόφηση. Ο σίδηρος στο κρέας και το ψάρι απορροφάται σε υψηλό βαθμό, ενώ ο σίδηρος των δημητριακών και των λαχανικών, εκτός της σόγιας, σε χαμηλότερο. Η ζωική πρωτεΐνη αυξάνει την απορρόφηση σιδήρου από τα λαχανικά και την αιμογλοβίνη. Μια δίαιτα πλούσια σε φώσφορο, μειώνει την απορρόφηση σιδήρου λόγω του σχηματισμού αδιάλυτων αλάτων του τρισθενούς σιδήρου με τον φώσφορο, ενώ αντίθετα μια δίαιτα χαμηλή σε

φώσφορο, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της απορρόφησης του σιδήρου. Επιπλέον το ασκορβικό οξύ, λόγω της ισχυρής αναγωγικής τους δράσης, αυξάνει την μετατροπή του τρισθενούς σε δισθενή σίδηρο, και ως αποτέλεσμα αυξάνει την απορρόφηση του.

Οι μεγαλοβλαστικές αναιμίες είναι συγκεκριμένες μορφές μακροκυτταρικής αναιμίας οι οποίες αναγνωρίζονται από κυτταρολογικές μεταβολές στα ερυθροκύτταρα και τους προδρόμους τους και οφείλονται σε μειωμένη σύνθεση DNA. Οι μεγαλοβλαστικές αναιμίες είναι νοσήματα ανεπάρκειας οι οποίες κατά το μεγαλύτερο ποσοστό προκαλούνται από ανεπάρκεια βιταμίνης B12 ή φυλλικού στην τροφή, τα οποία είναι απαραίτητα για την φυσιολογική ανάπτυξη των ερυθροκυττάρων. Μολονότι είναι λιγότερο συχνή από την σιδηροπενική αναιμία, η μεγαλοβλαστική αναιμία είναι μια σημαντική αιτία μη καλής υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. Για την θεραπεία της μεγαλοβλαστικής αναιμίας, είναι πολύ σημαντικό να γίνει επακριβής διάγνωση ως προς το είδος της ανεπάρκειας, διότι χορηγώντας φυλλικό οξύ σε ασθενή με ανεπάρκεια σε βιταμίνη 12, μπορεί να βελτιώσει την αναιμία, αλλά μπορεί επίσης να προκαλέσει επιδείνωση στην νευρολογική κατάσταση.

Στην αναιμία λόγω ανεπάρκειας σε βιταμίνη B12, η βιταμίνη B12 βρίσκεται μόνο σε τρόφιμα ζωικής προελεύσεως. Η περισσότερο συχνή αιτία ανεπάρκειας βιταμίνης B12 είναι η σοβαρής μορφής μείωση ή απουσία του ενδογενούς παράγοντα στην γαστρική έκκριση, και δευτερογενώς της ατροφίας του γαστρικού βλεννογόνου. Νοσήματα ή χειρουργική εκτομή της νήστιδας επηρεάζουν επίσης την απορρόφηση της βιταμίνης. Οι ουσίες οι οποίες περιέχουν φυλλικό οξύ βρίσκονται σε όλους τους τύπους τροφίμων ζωικής και φυτικής προελεύσεως. Οι περισσότερο πλούσιες πηγές είναι το ήπαρ, η μαγιά, τα πράσινα λαχανικά (σπανάκι), η σοκολάτα και τα φιστίκια. Πρέπει επίσης να λαμβάνεται υπ' όψη ότι συνήθως συνυπάρχει ανεπάρκεια φυλλικού και βιταμίνης B12 και επομένως προσοχή είναι απαραίτητο να δίνεται ώστε να εξασφαλίζεται επαρκής πρόσληψη και των δύο.

Μια άλλη μορφή αναιμίας στην οποία είναι απαραίτητη η διατροφική παρέμβαση, είναι η δρεπανοκυτταρική αναιμία. Κατά αυτή την μορφή αναιμίας, υπάρχει μια μη φυσιολογική εναπόθεση αιμογλοβίνης στα ερυθροκύτταρα, και το ερυθροκύτταρο παίρνει την μορφή δρεπανιού. Τα κύτταρα αυτά είναι πολύ δύσκαμπτα και παρεμποδίζουν την ομαλή ροή του αίματος, ενώ διαρρηγνύονται εύκολα και καταστρέφουν διάφορα όργανα και ιστούς. Για την θεραπεία αυτού του τύπου αναιμίας, πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψη ότι δεν θα πρέπει να υπάρχουν υπερβολικά αποθέματα σιδήρου στον οργανισμό. Το διαιτολόγιο πρέπει να είναι

χαμηλό σε σίδηρο, και τρόφιμα όπως το συκώτι, και τα δημητριακά εμπλουτισμένα σε σίδηρο, πρέπει να αποφεύγονται τελείως. Επιπλέον, πρέπει να συνιστάται διαιτολόγιο χαμηλό σε λίπος (< 30 % των προσλαμβανόμενων θερμίδων), κυρίως εφ' όσον συνυπάρχει ηπατοπάθεια ή νόσημα της χοληδόχου κύστεως. Οι ανάγκες σε υδατοδιαλυτές βιταμίνες είναι υψηλές λόγω της ανάγκης σύνθεσης μεγάλου αριθμού νέων ερυθροκυττάρων. Έχει αποδειχθεί ότι πρέπει να συνιστάται η χορήγηση συμπληρωμάτων ψευδαργύρου

Ο καρκίνος είναι μια από τις συχνότερες αιτίες θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες. Είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στην Ελλάδα μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η μετατροπή ενός υγιούς και φυσιολογικού κυττάρου σε καρκίνωμα συμβαίνει σε τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο, στο φυσιολογικό κύτταρο συμβαίνει μια γενετική μεταβολή από μια καρκινογόνα ουσία, που δίνει την δυνατότητα στο κύτταρο να πολλαπλασιαστεί ανεξέλεγκτα. Στο δεύτερο στάδιο, το μη φυσιολογικό κύτταρο πολλαπλασιάζεται και προκαλεί καρκίνο. Στο τρίτο στάδιο, τα καρκινογόνα κύτταρα προσβάλλουν υγιείς ιστούς και διαδίδονται στον οργανισμό. Μπορεί να οφείλεται σε συγγενείς ή επίκτητες μεταλλάξεις των γονιδίων μας, καθώς και σε επιδράσεις του περιβάλλοντος που ευνοούν την εμφάνιση της νόσου.

Τελευταίες έρευνες αποδεικνύουν ότι το περιβάλλον έχει πολύ ισχυρότερη επίδραση, ευοδωτική ή ανασταλτική για καρκινογένεση, από αυτή της κληρονομικότητας. Λέγοντας "περιβάλλον" εννοούμε τη διατροφή μας, τον αέρα που αναπνέαμε, το νερό που πίνουμε, το κάπνισμα, τη φυσική μας δραστηριότητα, την ακτινοβολία κ.α. Το παραπάνω συμπέρασμα βγαίνει από πρόσφατη έρευνα που έγινε σε 45.000 μονογενείς διδύμους στις σκανδιναβικές χώρες. Η πολύ ενδιαφέρουσα αυτή μελέτη συμπέρανε ότι δίδυμα (δηλαδή άτομα με πανομοιότυπο γονιδιακό υλικό), που όμως ζούσαν κάτω από διαφορετικές συνθήκες, εμφάνισαν καρκίνο σε πολύ διαφορετική συχνότητα. Από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, η διατροφή μπορεί να ευθύνεται μέχρι και για το 80% των καρκίνων, κάτι που είχαν ήδη επισημάνει οι Doli και Peto σε επιστημονική ανακοίνωση από το 1981.

Οι τροφές μπορεί να επηρεάσουν τη συχνότητα εμφάνισης διαφόρων καρκίνων με τους εξής μηχανισμούς:

Αύξηση καρκινογένεσης

- Φυσικά καρκινογόνα των τροφίμων.
- Προσμίξεις με τις τροφές φυτοφαρμάκων, ορμονών και ρύπων του έχουν εισέλθει στην τροφική αλυσίδα.
- Χημικά πρόσθετα στα τρόφιμα με καρκινογόνο δράση.

- Καρκινογόνα που δημιουργούνται κατά την επεξεργασία, τη συντήρηση, τη συσκευασία ή το μαγείρεμα της τροφής.
- Παραγωγή καρκινογόνων μέσα στον οργανισμό μας από το μεταβολισμό συστατικών των τροφών.
- Η κακή θρέψη μπορεί να επιταχύνει ή να επιβραδύνει την καρκινογένεση.
- Η χρονίως αυξημένη πρόσληψη τροφής, η αυξημένη αναλογία λίπους στη διατροφή μας και οι μεγάλες ποσότητες πρωτεϊνών, προάγουν την καρκινογένεση.

Μείωση καρκινογένεσης

- Αντιοξειδωτική ιδιότητα ορισμένων συστατικών των τροφίμων που αναστέλλει τις αυτόματες μεταλλάξεις.
- Η δυνατότητα κάποιων στοιχείων της διατροφής να εμποδίζουν τον πολλαπλασιασμό των καρκινικών κυττάρων, αλλά και να τα οδηγούν σε απόπτωση, δηλαδή σε προγραμματισμένο κυτταρικό θάνατο.

Επομένως, η αντικαρκινική δράση της διατροφής γίνεται σε δύο επίπεδα: πρόληψη και αναστολή ή επιβράδυνση της νόσου που έχει ήδη εκδηλωθεί.

Ως γνωστό, ο καρκίνος είναι ένα πολυσύνθετο νόσημα με άγνωστη μέχρι σήμερα αιτιολογία. Όμως, οι επιστήμονες έχουν αποκαλύψει ορισμένους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της επάρατης νόσου, καθώς και άλλους που δυνητικά δρουν προφυλακτικά. Πολλές απόψεις υπάρχουν για τη συσχέτιση της διατροφής με τον καρκίνο.

✚ Η πλούσια διατροφή σε φρούτα και λαχανικά προσφέρει προστασία από πολλούς τύπους καρκίνου, καθώς οι τροφές αυτές:

- Δεν περιέχουν κορεσμένα λίπη. Τα λίπη αυτά σε μεγάλες ποσότητες σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου ή καρδιακών νοσημάτων.
- Έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες, οι οποίες μειώνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου του εντέρου.
- * Είναι πηγές χημικών ουσιών, όπως τα καροτινοειδή και τα φλαβονοειδή, τα οποία σχετίζονται με αντικαρκινική προστασία.

✚ Η διατροφή που περιλαμβάνει τροφές πλούσιες σε ίνες ενδέχεται να προσφέρει σημαντική προστασία έναντι καρκίνων του εντέρου.

✚ Η επιλογή κατανάλωσης τροφών με λιγότερα λίπη είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς:

- Διατροφή πλούσια σε λίπη έχει συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ορισμένων τύπων καρκίνων, όπως του προστάτη, του εντέρου, του μαστού και του ενδομητρίου.

- * Τροφές με πολλά λίπη έχουν πολλές θερμίδες και μπορούν να προκαλέσουν αύξηση του σωματικού βάρους και παχυσαρκία, η οποία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου.
- * Περιορισμός στην κατανάλωση άσπρης ζάχαρης.
- * Περιορισμός στην κατανάλωση κόκκινου κρέατος σε λιγότερο από 80 γρ την ημέρα
- * Προτίμηση σε ψάρια και πουλερικά.
- * Κατά το ψήσιμο να μην έρχεται ποτέ το κρέας και το ψάρι σε άμεση επαφή με τη φλόγα και να μην καταναλώνεται το καρβουνιασμένο μέρος.
- * Περιορισμός της χρήσης αλατιού στις τροφές. Μπορεί να αντικατασταθεί με μπαχαρικά και διάφορα αρωματικά φυτά.
- * Να αποφεύγονται οι τροφές που έχουν παραμείνει σε θερμοκρασία δωματίου επί μακρόν. Είναι δυνατόν να μολυνθούν με μυκοτοξίνες που είναι καρκινογόνες.
- * Η παρουσία συντηρητικών και υπολειμμάτων τοξικών ουσιών είναι από το νόμο οριοθετημένη. Όταν αυτά τα όρια δεν έχουν παραβιαστεί και οι έλεγχοι είναι τυπικοί δεν έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει κίνδυνος για την υγεία του καταναλωτή.

Έχει αποδειχθεί στατιστικά ότι: Ακολουθώντας μόνο τις διατροφικές οδηγίες, μειώνεται γενικά ο κίνδυνος καρκίνου κατά τουλάχιστον **20%**.

Με σωστή διατροφή και φυσική άσκηση ο κίνδυνος μειώνεται κατά **30-40%**.

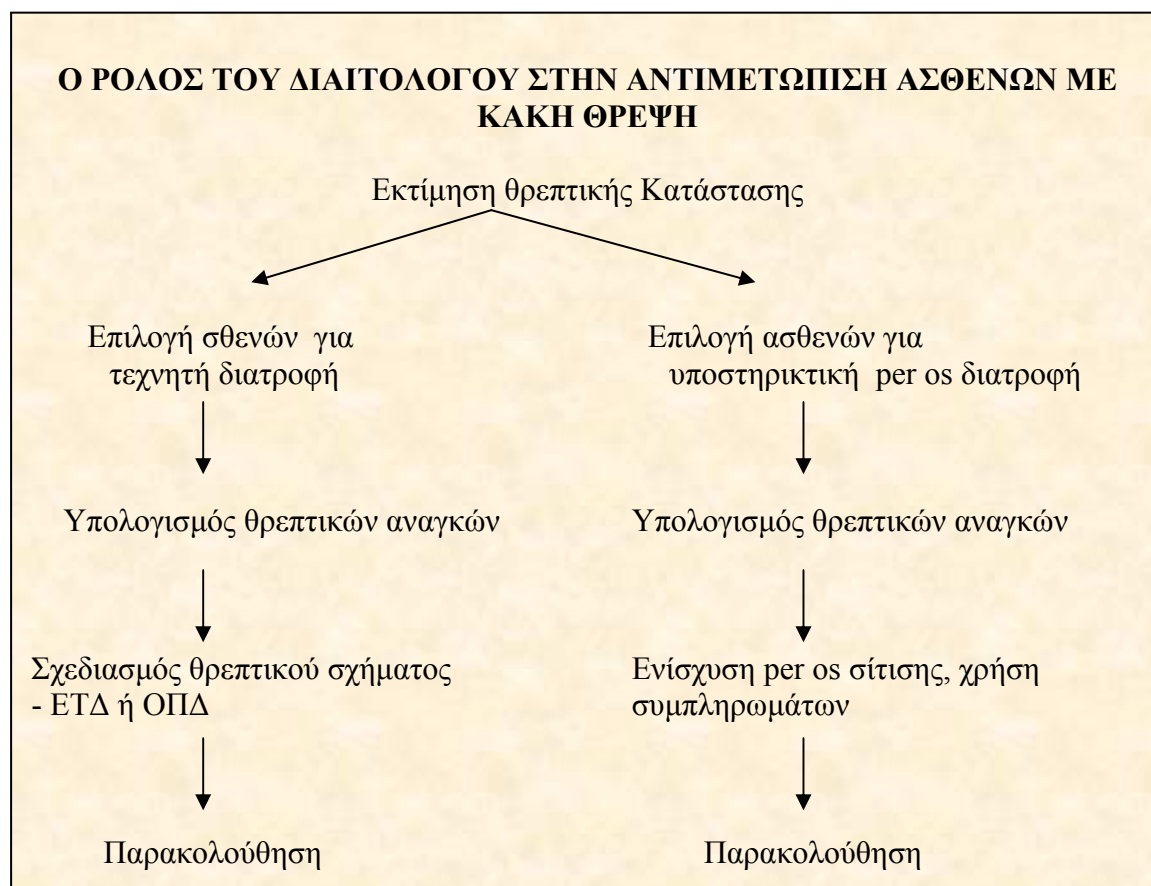
Σωστή διατροφή σύμφωνα με τις παραπάνω οδηγίες, τακτική φυσική άσκηση και αποχή από το κάπνισμα, μειώνουν συνολικά τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου κατά **60-70%**.

Επιπλέον, ένα ποσοστό 25-30 % των ασθενών αναπτύσσει κακή θρέψη κατά την διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο. Κακή θρέψη είναι η ελάττωση της καθαρής σωματικής μάζας του σώματος συγκριτικά με την αναμενόμενη για την ηλικία, το φύλο, το ύψος και την δραστηριότητα του ατόμου. Στους νοσηλευόμενους ασθενείς, το ποσοστό των ασθενών με κακή θρέψη κυμαίνεται στο 10-50 % και είναι ιδιαίτερα μεγάλη σε χειρουργικούς ασθενείς, ασθενείς με φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου και σε ασθενείς με καρκίνο. Η κακή θρέψη αναπτύσσεται σαν αποτέλεσμα γενικευμένης ανεπάρκειας πρόσληψης ή απορρόφησης των απαραίτητων μακροθρεπτικών συστατικών ή σαν αποτέλεσμα ανεπάρκειας συγκεκριμένου μακροθρεπτικού συστατικού του οποίου οι ανάγκες πρόσληψης ή οι απώλειες αλλάζουν κατά την διάρκεια συγκεκριμένης χρόνιας πάθησης, τραυματισμού ή λοίμωξης.

Σημαντικό ποσοστό ασθενών που εισάγεται στο νοσοκομείο και έχει κακή θρέψη δε διαγιγνώσκεται. Μερικές αιτίες για τις οποίες διαφεύγει η διάγνωση της κακής θρέψης είναι οι εξής:

- ❖ Κακή ενημέρωση ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού
- ❖ Αδυναμία καταγραφής ύψους και βάρους των ασθενών
- ❖ Μεγάλη διασπορά ευθυνών για την φροντίδα των ασθενών
- ❖ Αδυναμία παρακολούθησης της πρόσληψης τροφής των ασθενών
- ❖ Αδυναμία αναγνώρισης των πραγματικών θρεπτικών αναγκών (σε σήψη και τραύμα)
- ❖ Χειρουργικές επεμβάσεις σε ασθενείς με κακή θρέψη χωρίς μετεγχειρητική θρεπτική υποστήριξη και παρατεταμένη χρήση ορών γλυκόζης
- ❖ Καθυστερήση έναρξης θρεπτικής υποστήριξης . Επιβάρυνση της θρεπτικής κατάστασης και μη αναστρέψιμος βλάβη των οργανικών συστημάτων

Η παρουσία κακής θρέψης σοβαρής μορφής συνίσταται σε νοσοκομειακούς ασθενείς με συχνότητα 5-10 % και συνοδεύεται με αύξηση των μερών νοσηλείας, Η παρουσία της κακής θρέψης οδηγεί σε σωματική αδυναμία, ανοσολογικά ελλείμματα, αύξηση του αριθμού λοιμώξεων ανεπαρκή επούλωση των τραυμάτων και αναστομώσεων και εν γένει υποβάθμιση της ποιότητας ζωής. Σαν αποτέλεσμα προσθέτει στην κύρια πάθηση του ασθενή αύξηση της νοσηρότητας 10-25 % και της θνητότητας κατά 2-5 %



Επιπρόσθετα, μια άλλη κατάσταση στην οποία είναι σημαντική η διατροφική παρέμβαση είναι το έγκαυμα. Η διατροφική αγωγή ενός εγκαυματία ασθενή χρειάζεται ειδική προσοχή για διάφορους λόγους. Ο εγκαυματίας έχει μεγαλύτερες ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά από οποιαδήποτε άλλη ομάδα ασθενών στο νοσοκομείο. Κατά την ίδια χρονική περίοδο, η πρόσληψη της τροφής είναι σημαντικά μειωμένη. Εάν αυτές οι ανάγκες δεν εκπληρωθούν, ο χρόνος θεραπείας από το έγκαυμα αυξάνεται τόσο πολύ ώστε ο οργανισμός να εξαντλείται από θρεπτικά συστατικά, η επούλωση του εγκαύματος καθυστερεί και ο κίνδυνος εμφάνισης επιμολύνσεων είναι ιδιαίτερα αυξημένος. Επιπλέον, εμφανίζεται σημαντική μείωση του σωματικού βάρους, δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και δυσκολία διατήρησης του κανονικού ρυθμού αναπνοής, καταστάσεις οι οποίες οδηγούν σε πολλαπλές ανεπάρκειες οργάνων του σώματος και αυξημένη θνησιμότητα.

Σημαντικό ρόλο κατέχει η διατροφή και στους ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν κάποια σοβαρή εγχείρηση. Πριν την εγχείρηση, οποιαδήποτε διατροφική ανεπάρκεια πρέπει να διορθωθεί. Οι παχύσαρκοι ασθενείς πρέπει να χάσουν βάρος μόνο εάν μπορεί να εξασφαλισθεί επαρκής πρόσληψη πρωτεΐνης και διατήρηση της μυϊκής μάζας. Εάν ο ασθενής παρουσιάζει κακοσιτισμό, τότε μια διατροφική παρέμβαση θα μπορούσε να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης διαφόρων προβλημάτων και να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα της εγχείρησης. Όμως για να υπάρξουν αποτελέσματα της διατροφικής παρέμβασης, αυτή πρέπει να διαρκέσει τουλάχιστον 10 ημέρες. Για τουλάχιστον 8 ώρες πριν από την εγχείρηση τίποτα δεν πρέπει να χορηγείται από το στόμα γιατί η τροφή στο στομάχι επηρεάζει την εγχειρητική διεργασία και οδηγεί σε εμετό και άλλες δυσάρεστες παρενέργειες. Μετά την εγχείρηση, ο ασθενής συνήθως περνάει από μια μικρής διάρκειας μετεγχειρητική περίοδο λιμοκτονίας. Ο ασθενής μπορεί εύκολα να αντεπεξέλθει αυτήν την περίοδο, εάν είχε διατραφεί σωστά πριν από την εγχείρηση. Αμέσως μετά την εγχείρηση, υγρά, ηλεκτρολύτες, και κάποιο ποσό ενέργειας χορηγούνται ενδοφλεβίως. Όταν το γαστρεντερικό σύστημα αρχίσει να επαναλειτουργεί, μπορεί να αρχίσει διατροφή μέσω της στοματικής οδού.

Η θεραπεία της ψυχογενούς ανορεξίας είναι επίπονη και μακροχρόνια. Σε περιπτώσεις που η απώλεια βάρους είναι τέτοια που να απειλείται η ζωή του ασθενούς πρέπει να γίνει εισαγωγή στο νοσοκομείο για να διορθωθούν οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές και να επανακτηθεί κάποιο βάρος με τη βοήθεια εντερικής ή παρεντερικής σίτισης. Ο ρυθμός επανάκτησης του βάρους δε θα πρέπει να ξεπερνά το 1-1.5 κιλό την εβδομάδα. Εάν το βάρος του ασθενούς δε θέτει σε κίνδυνο τη ζωή του, τότε η εισαγωγή σε νοσοκομείο δεν είναι απαραίτητη αλλά θα

πρέπει ο ασθενής να παρακολουθείται από ψυχίατρο έτσι ώστε να βρεθούν και να αντιμετωπιστούν τα βαθύτερα αίτια της διαταραγμένης συμπεριφοράς και από διαιτολόγο για τροποποίηση της διαιτητικής του συμπεριφοράς. Οι βασικοί στόχοι της διαιτητικής θεραπείας στην ψυχογενή ανορεξία είναι οι ακόλουθοι:

- Να διορθώσει τη διαταραγμένη συμπεριφορά σε σχέση με το φαγητό.
- Να μειώσει το φόβο προς τις αλλαγές στη διατροφή.
- Να συστηματοποιήσει τακτά γεύματα.
- Να πείσει τον ασθενή να συμπεριλάβει ποικιλία τροφών στο διαιτολόγιό του.
- Να ανακτήσει ο ασθενής φυσιολογικό βάρος.

Κάποιος ειδικός (διαιτολόγος ή ειδικός γιατρός) θα πρέπει να δημιουργήσει στον ασθενή κίνητρο για να βελτιώσει τη διατροφή του και να του προσφέρει τις γνώσεις που θα τον βοηθήσουν να το επιτύχει. Έτσι, ο πρώτος στόχος της θεραπείας είναι κυρίως ποιοτικές παρά ποσοτικές αλλαγές. Αρχικά οι πάσχοντες ακολουθούν πρόγραμμα διατροφής καθορισμένο από το διαιτολόγο το οποίο όμως είναι πάντα δομημένο σε συνεργασία με τον ασθενή και έχει κάποια ελαστικότητα έτσι ώστε ο ασθενής να νοιώθει ότι εν μέρει διατηρεί τον έλεγχο στη διατροφή του. Επίσης, λόγω του φόβου του ασθενούς προς την απότομη ανάκτηση του βάρους, είναι σημαντικό να εξηγούνται οι διάφορες μεταβολικές διαδικασίες που οδηγούν στην απότομη αυτή αύξηση καθώς και το πως μεταβάλλονται οι ενεργειακές ανάγκες με την αύξηση του βάρους. Τέλος, θα πρέπει να ρυθμιστεί και η πρόσληψη υγρών, αφού πολλοί ανορεξικοί τα αποφεύγουν και να διορθωθούν πιθανές ελλείψεις μετάλλων ή ιχνοστοιχείων με διατροφικά συμπληρώματα.

Οι στόχοι της θεραπείας στην ψυχογενή βουλιμία είναι να διερευνηθούν τα αίτια και το ψυχολογικό υπόστρωμα της ασθένειας (συνήθως κατάθλιψη και έλλειψη αυτοσεβασμού) και να διακοπεί ο κύκλος υπερφαγίας - καθαρτικής συμπεριφοράς. Ο πιο επιτυχημένος τρόπος ψυχοθεραπείας στην ψυχογενή βουλιμία είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία. Σε γενικές γραμμές, η θεραπεία αυτή συμπεριλαμβάνει προσεκτική παρατήρηση και εκλογίκευση από τον ασθενή των συναισθημάτων και καταστάσεων που τον οδηγούν στη βουλιμική συμπεριφορά. Εισαγωγή βουλιμικών ασθενών σε νοσοκομείο χρειάζεται σπάνια και περιορίζεται σε περιπτώσεις σοβαρών επιπλοκών (π.χ. ηλεκτρολυτικών διαταραχών) ή βαρείας κατάθλιψης.

Ο ρόλος του διαιτολόγου στη θεραπεία της ψυχογενούς βουλιμίας είναι σημαντικός. Πρέπει αρχικά να εξηγήσει στον ασθενή το πως λειτουργεί το σώμα και ο μεταβολισμός. Επίσης, ο ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται στο να καταγράφει το βάρος του και όλες τις τροφές που καταναλώνει έτσι ώστε να νοιώθει ότι διατηρεί τον έλεγχο και να έχει την αίσθηση της ασφάλειας όσον αφορά το βάρος του. Επίσης, είναι σημαντικό να δημιουργηθεί από το διαιτολόγο ένα τακτικό πρόγραμμα διατροφής, με ισορροπημένες αναλογίες και πάντα σε συνεργασία με τον ασθενή.

Τέλος ο διαιτολόγος θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή τη διάκριση μεταξύ σωματικής και "συναισθηματικής" πείνας και να του δώσει κάποιες συμβουλές τροποποίησης της συμπεριφοράς για να αντιμετωπιστούν τα αρνητικά συναισθήματα.

Διατροφική αξιολόγηση

Η διατροφική αξιολόγηση των ασθενών μπορεί να αποφέρει σημαντικά οφέλη στην μείωση των παραγόντων κινδύνων σε παθήσεις που σχετίζονται με την διατροφή. Πρόκειται για μια προσεγμένη προσέγγιση, η οποία γίνεται από ειδικό διαιτολόγο (σε συνεργασία με το ιατρικό προσωπικό), ο οποίος χαρακτηρίζει και αξιολογεί το διατροφικό επίπεδο του ασθενούς, χρησιμοποιώντας το ιατρικό ιστορικό καθώς και την χρήση ή όχι φαρμάκων από τον εξεταζόμενο. Ακόμη αξιολογούνται τα ανθρωπομετρικά δεδομένα, οι κλινικές ενδείξεις και οι εργαστηριακές εξετάσεις. Η διαδικασία διατροφικής αξιολόγησης απαιτεί κατάλληλη κλινική και διαιτητική θεραπεία καθώς και προσεγμένη επικοινωνία και επαφή με τον ασθενή.

Περιλαμβάνει πέντε βήματα:

1. Αξιολόγηση διαιτολογικού – διατροφικού επιπέδου
2. Ανάλυση μετρήσεων (εργαστηριακών – κλινικών – ανθρωπομετρικών) προκειμένου να καθοριστούν οι θρεπτικές απαιτήσεις
3. Εκπόνηση ενός σχεδίου δράσης για την κάλυψη των αναγκών, καθώς και την επιμόρφωση του ασθενή σε θέματα διατροφής
4. Καθορισμός ανάλογα με την ιατρική διάγνωση, της διαιτολογικής παρέμβασης
5. Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης, με την βοήθεια αξιολόγησης, κατά την διάρκεια της θεραπείας, ενδεχόμενες διαφοροποιήσεις και αλλαγές

Πρόχειρες εκτιμήσεις υποδηλώνουν ότι το κόστος θεραπείας των ασθενειών που συνδέονται με την διατροφή είναι τεράστιο και ανέρχεται σε εκατομμύρια ευρώ. Πρόσφατες αναλύσεις του Ινστιτούτου Δημόσιας Υγείας στην Σουηδία, έχουν δείξει ότι η κακή διατροφή σε συνδυασμό με μειωμένη φυσική δραστηριότητα δημιουργούν μεγαλύτερο κόστος σε σχέση με τις θεραπείες των ασθενειών που σχετίζονται με το κάπνισμα. Ωστόσο, παρά την οικονομική επιβάρυνση, που προκαλούν οι ασθένειες που εξαρτώνται ως ένα βαθμό από την διατροφή, στα συστήματα υγείας και στις οικονομίες των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεν έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή στο θέμα της διατροφής στα συστήματα υγείας. Επιπρόσθετα, γενικά στην Ευρώπη, ο μέσος όρος της χρηματοδότησης ειδικά για την πρόληψη της Υγείας, είναι λιγότερο του 1% της ολικής χρηματοδότησης της Υγείας.

Η πολιτική της δημόσιας υγείας αρχίζει πλέον να δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες για την ανάπτυξη της προαγωγής του υγιεινού τρόπου ζωής και της διατροφής σε όλη την Ευρώπη. Είναι απαραίτητο να δημιουργηθούν κατευθυντήριες γραμμές για την θεραπεία και την πρόληψη των ασθενειών που συνδέονται με την διατροφή. Ωστόσο για να γίνει εφικτό αυτό, πρέπει να αναγνωριστούν τα παρακάτω:

- ⇒ Η καταλληλότερη στρατηγική που μπορεί να ακολουθήσει η δημόσια υγεία είναι να εστιάσει την προσοχή της σε όλο το πληθυσμό και όχι μόνο στις ομάδες των ατόμων που έχουν υψηλό παράγοντα κινδύνου
- ⇒ Η διατροφή και τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας διαφέρουν από χώρα σε χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Προκειμένου να δημιουργηθεί μια κοινή πολιτική για την θέση της διατροφής στα συστήματα υγείας είναι απαραίτητο να αναγνωρισθεί η δυσκολία που υπάρχει να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι σε σύντομο χρονικό διάστημα. Γι' αυτό το λόγο θεωρείται ότι η αρχική εφαρμογή μικρών αλλά ουσιαστικών στόχων μπορεί να θεωρηθεί ως θετικό βήμα βελτίωσης της υγείας
- ⇒ Προκειμένου να υλοποιηθούν οι ιδέες για την ανάπτυξη του τομέα της διατροφής στα συστήματα υγείας είναι αναγκαία η ύπαρξη μεγάλων οικονομικών πακέτων τα οποία είναι ελάχιστα μπροστά στο οικονομικό όφελός που θα αποφέρουν αυτές οι αλλαγές στις δαπάνες των συστημάτων υγείας
- ⇒ Για την πιο εύκολη εφαρμογή των παραπάνω σχεδίων είναι απαραίτητη η δημιουργία και η ενδυνάμωση τόσο των Συλλόγων Διαιτολόγων και των Επιτροπών Διατροφής σε εθνικό επίπεδο, όσο και την δημιουργία μιας νέας Νομοθετικής Επιτροπής Διατροφής σε Ευρωπαϊκό Επίπεδο
- ⇒ Ο σημερινός λοιπόν στόχος είναι να διατηρηθεί, ή ακόμα και να βελτιωθεί η διατροφή του ασθενή όσο πιο γρήγορα γίνεται. Πολλά είναι αυτά που έχει ανάγκη ο ασθενής και μπορούν να περιμένουν γι' αργότερα. Η διατροφή του όμως δεν μπορεί να περιμένει ούτε στιγμή.

Οι συστάσεις που δίνονται γενικώς στον πληθυσμό, σχετικά με την διατροφή, για την πρόληψη αρκετών χρόνιων παθήσεων αλλά και για αύξηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής, όπως έχουν προταθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, περιλαμβάνουν τα εξής:

- ☞ Μείωση της ημερήσιας πρόσληψης λίπους σε 30 % ή λιγότερο της ενέργειας σε θερμίδες
- ☞ Πρόσληψη της χοληστερόλης σε λιγότερο από 300 mg ημερησίως

- ☛ Καθημερινή κατανάλωση 5 τουλάχιστον ισοδυνάμων συνδυασμού λαχανικών και φρούτων ιδιαίτερα πράσινων και κίτρινων λαχανικών και εσπεριδοειδή. Αύξηση της κατανάλωσης δημητριακών ολικής αλέσεως. Οι υδατάνθρακες πρέπει να προσδίδουν στο καθημερινό διαιτολόγιο το 55 % της ενέργειας σε θερμίδες.
- ☛ Επαρκής πρόσληψη πρωτεϊνών σύμφωνα με τα RDAs αλλά χωρίς να υπερβαίνεται η πρόσληψη τους δηλαδή όχι μεγαλύτερη από 1,6 γρ/κιλό βάρους του ατόμου.
- ☛ Να υπάρχει ισορροπία μεταξύ της ενεργειακής πρόσληψης και της φυσικής δραστηριότητας προκειμένου να επιτευχθεί το ιδανικό βάρος σώματος.
- ☛ Η Επιτροπή δεν συστήνει αλκοολούχα ποτά. Συστήνεται εάν κάποιος πίνει, να περιορίζεται σε 2 μπουκάλια μύρας , ή σε 2 ποτηράκια κρασί ή σε 1 ποτό με μεγάλο βαθμό αλκοόλης π.χ ουίσκι. Οι έγκυες γυναίκες πρέπει να αποφεύγουν το ποτό.
- ☛ Περιορισμός της κατανάλωσης αλατιού σε 6 γρ. ή λιγότερο. Περιορισμός της χρήσης επιτραπέζιου αλατιού κατά το μαγείρεμα ή στο σερβίρισμα. Να αποφεύγεται η κατανάλωση αλατισμένων προϊόντων ή snacks.
- ☛ Επαρκής πρόσληψη ασβεστίου
- ☛ Να αποφεύγεται η χρήση των συμπληρωμάτων όταν πρόκειται να υπερβούν τα RDAs βιταμινών και μεταλλικών στοιχείων.

Διατροφική αγωγή

Μοντέλα συμπεριφορών και τρόπων ζωής που αναπτύσσονται κατά την παιδική ηλικία και υιοθετούνται στην εφηβεία, με κυριότερο παράγοντα την κακή διατροφή αλλά και το κάπνισμα, την μειωμένη φυσική δραστηριότητα κ.α., αποτελούν υψηλούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ασθενειών όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, υπέρταση, διαβήτη, καρκίνο κ.α, κατά την ενηλικίωση. Τις τελευταίες δεκαετίες, αρχίζει πλέον να κατανοείται η πολύπλοκη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις τροφές τον τρόπο ζωής και την υγεία. Το μήνυμα που πρέπει να μεταφερθεί στα νέα παιδιά είναι το πόσο απαραίτητο είναι να κατανοήσουν την σημασία της υγιεινής διατροφής ως τρόπο ζωής και τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται η διατροφή με αρκετές χρόνιες παθήσεις.

Το μήνυμα αυτό μπορεί να μεταδοθεί στα παιδιά, στα σχολεία, μέσα στα πλαίσια της διατροφικής αγωγής. Η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και της σωστής διατροφής, πραγματοποιείται από αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μαθητών, των καθηγητών, των γονιών, και μέσα από την επιρροή που ακούν το σχολικό περιβάλλον

και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Προς την ίδια κατεύθυνση θετικές είναι και οι επιδράσεις τόσο του οικογενειακού περιβάλλοντος όσο και της κοινότητας. Η διδακτέα ύλη για το μάθημα της διατροφικής αγωγής, προκειμένου τα παιδιά να μαθαίνουν από μικρή ηλικία, τις ευνοϊκές επιδράσεις της υγιεινής διατροφής στην μετέπειτα ζωή τους κυρίως κατά την ενηλικίωση, οφείλει να περιλαμβάνει τα εξής:

1. Διατροφικές συνήθειες και κοινωνικο-πολιτισμικές επιδράσεις (Ιστορία των τροφών, κανόνες για την κατανάλωση τροφών, διατροφικές συνήθειες άλλων λαών, παράγοντες που επιδρούν στην επιλογή ενός φαγητού κ.α)
2. Διατροφή και υγεία (σχέση διατροφής και υγείας, θρεπτικά συστατικά και οι επιδράσεις τους στον οργανισμό, οδηγίες για υγιεινή διατροφή, παράγοντες κινδύνους για την υγεία που σχετίζονται με την διατροφή κ.α)
3. Παραγωγή τροφών, επεξεργασία και διανομή (διατροφική αλυσίδα, παραγωγή φυτικών και ζωικών τροφών, παράγοντες που επιδρούν την παραγωγή τροφών, βιοτεχνολογία, τεχνολογία τροφίμων κ.α)
4. Καταναλωτικές απόψεις (ποιότητα τροφίμων, αγορά τροφίμων, επιδράσεις της διαφήμισης και του marketing στην επιλογή τροφίμων, ετικέτες τροφίμων, κ.α)
5. Συντήρηση και αποθήκευση τροφίμων (Υγιεινή τροφίμων, δηλητηριάσεις, συντηρητικά, εθνικοί ή ευρωπαϊκοί κανονισμοί κ.α)
6. Παρασκευή τροφίμων (κανόνες υγιεινής, τεχνικές μαγειρέματος, σερβίρισμα των φαγητών, ασφάλεια κ.α)

Γενικότερα, ένα σχολείο αφοσιωμένο να μεταδώσει στους μαθητές του, την προαγωγή και την σημασία της υγιεινής διατροφής, οφείλει να διαθέτει τα εξής κριτήρια:

- Ένα περιβάλλον που σέβεται την ανθρώπινη οντότητα και καλλιεργεί την αυτοπεποίθηση σε προτιμήσεις και επιλογές τροφίμων
- Στην διδακτέα ύλη του να περιλαμβάνεται η διατροφική αγωγή ξεχωριστά για κάθε ηλικιακή ομάδα, και να υπάρχει συνεργασία με την οικογένεια και την κοινότητα
- Ανάμιξη της οικογένειας σε δραστηριότητες σχετικά με την διατροφή και στην προετοιμασία των γευμάτων
- Ανάμιξη της κοινότητας σε προγράμματα διατροφής στα σχολεία όπως π.χ οι τοπικές αρχές της Υγείας
- Εκπαίδευση του προσωπικού προκειμένου να ευαισθητοποιηθούν και οι ίδιοι στις έννοιες της διατροφικής αγωγής
- Μέριμνα για κατάλληλα ποιοτικά, γεύματα στα σχολεία έτσι ώστε να υπάρξουν ευκαιρίες για υγιεινές επιλογές

- Γραπτό έγγραφο σχετικά με την τακτική που οφείλει να ακολουθεί το σχολείο στα πλαίσια της διατροφικής αγωγής στο οποίο θα καταγράφονται ποια από τα παραπάνω έχουν επιτευχθεί και θα πραγματοποιείται αξιολόγηση από ειδικούς.

Ετικέτες τροφίμων

Επιπλέον, ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί και στην επιμόρφωση του κοινωνικού συνόλου σχετικά με τις ετικέτες των τροφίμων. Οι ετικέτες των τροφίμων είναι η γλώσσα επικοινωνίας μεταξύ του παραγωγού και πωλητή των τροφών από τη μια μεριά και του αγοραστή και καταναλωτή από την άλλη. Τα στοιχεία που πρέπει να περιλαμβάνει η ετικέτα είναι:

-  Το όνομα του τροφίμου. Το όνομα του τροφίμου θα πρέπει να είναι κατατοπιστικό, να υποδηλώνει την πραγματική του φύση και να μην παρασύρει τον καταναλωτή σε παρεξηγήσεις ως προς το περιεχόμενο της συσκευασίας. Θα πρέπει επίσης να αναφέρονται μερικά σημαντικά στοιχεία για την μέθοδο της συσκευασίας, το είδος, την κατάσταση και την προηγούμενη επεξεργασία π.χ. αποξηραμένο, συμπυκνωμένο, καπνιστό κτλ.
-  Πίνακα των συστατικών του. Ο πίνακας συστατικών ενός σύνθετου τροφίμου πρέπει να περιέχει όλα τα επιμέρους στοιχεία από τα οποία αποτελείται συμπεριλαμβανομένου και του νερού. Η σειρά αναγραφής των επιμέρους συστατικών θα πρέπει να ακολουθεί φθίνουσα σειρά, θα πρέπει δηλαδή να γράφονται πρώτα αυτά που βρίσκονται στη μεγαλύτερη ποσότητα και αναλογία.
-  Διάρκεια διατήρησης για την ασφάλεια του καταναλωτή αλλά και για την ασφάλεια και την φήμη του παραγωγού του προϊόντος
-  Βάρος. Το καθαρό βάρος του τροφίμου στην συσκευασία θα πρέπει να αναγράφεται σε γραμμάρια για τα στερεά και σε ml για τα υγρά.
-  Ισχυρισμοί επί της ετικέτας για κάποιες χαρακτηριστικές ιδιότητες του προϊόντος. Τα προϊόντα αυτά θα πρέπει να είναι παρασκευασμένα έτσι ώστε η κατανάλωση τους από κάποιες ομάδες ατόμων (π.χ διαβητικοί, πάσχοντες από δυσανεξία στη γλουτένη κτλ), να προσφέρει αποδεδειγμένα πλεονεκτήματα στους ανθρώπους αυτούς ή να καλύπτει κάποιες ειδικές διατροφικές τους ανάγκες.
-  Περιεχόμενα θρεπτικά στοιχεία. Λέγοντας θρεπτικά στοιχεία εννοούμε τις θερμίδες, τις πρωτεΐνες, τα λίπη, τους υδατάνθρακες, τις φυτικές ίνες, τις βιταμίνες, καθώς και τα άλατα και τα τυχόν ιχνοστοιχεία που περιέχονται συνολικά στη συσκευασία ή στα 100 γρ. του προϊόντος.

Στον αιώνα μας, μεγάλο μέρος της νοσηρότητας του ανεπτυγμένου κόσμου απορρέει από την υπερκατανάλωση. Είναι επομένως, απαραίτητο σε όλους μας και κυρίως στα παιδιά να αποκτήσουμε διατροφική εκπαίδευση στα πλαίσια μιας γενικότερης διατροφικής πολιτικής σε εθνικό επίπεδο. Η ενημέρωση – εκπαίδευση όμως υπολείπεται φοβερά, συγκριτικά με την ‘ενημέρωση’ του κοινού που γίνεται από την διαφήμιση. Την ουσιαστική διαφορά την κάνουν τα οικονομικά κονδύλια. Έχει υπολογιστεί ότι στην Ολλανδία, χώρα με εθνική διατροφική πολιτική, τα ποσά που διατίθενται κάθε χρόνο για την διατροφική εκπαίδευση του πληθυσμού είναι 5000 φορές λιγότερα από αυτά που διατίθενται στην ίδια χώρα για την διαφήμιση των τροφίμων. Η διαφήμιση λοιπόν συντελεί στη δημιουργία καταναλωτικής συμπεριφοράς.

Η διαιτολογία είναι μια συνεχώς εξελισσόμενη επιστήμη με αποτέλεσμα τα μηνύματα που φτάνουν στο μέσο άνθρωπο να είναι τόσα πολλά ώστε να του δημιουργούν σύγχυση. Λόγω ακριβώς της σύγχυσης αυτής, καταλήγουμε να αγνοούμε όλους τους κανόνες υγιεινής διατροφής. Στην πραγματικότητα όμως, οι κανόνες αυτοί είναι πολύ απλοί για την καθημερινή πράξη και αν τους συνδυάσει κάποιος με τη λογική, θα μπορέσει να κάνει τις σωστές επιλογές των προϊόντων από την σωρεία των διαφημίσεων που βλέπουμε και ακούμε καθημερινά. Πρέπει να βλέπει κάποιος την διαφήμιση μόνο ως ενημέρωση για την κυκλοφορία νέων προϊόντων ή για να θυμηθεί την ύπαρξη των παλιών. Δεν πρέπει να αγοράζει ένα διαφημιζόμενο τρόφιμο αν προηγουμένως δεν δει προσεκτικά την σύσταση του. Μπορεί κάποιος να αγοράσει ένα τρόφιμο που είδε σε κάποια διαφήμιση, αρκεί αυτό να μπορεί να ενταχθεί στις υγιεινές διατροφικές του συνήθειες που έχει αποφασίσει ο ίδιος για τον εαυτό του. Ένα πολυδιαφημισμένο τρόφιμο δεν σημαίνει απαραίτητα ότι είναι ένα καλό τρόφιμο. Θα πρέπει όλοι να θυμόμαστε ότι ο χρυσός κανόνας της διατροφής είναι 3 απλές λέξεις « Μέτρο – Ισορροπία – Ποικιλία »

Τμήμα Διατροφής νοσοκομειακής μονάδας

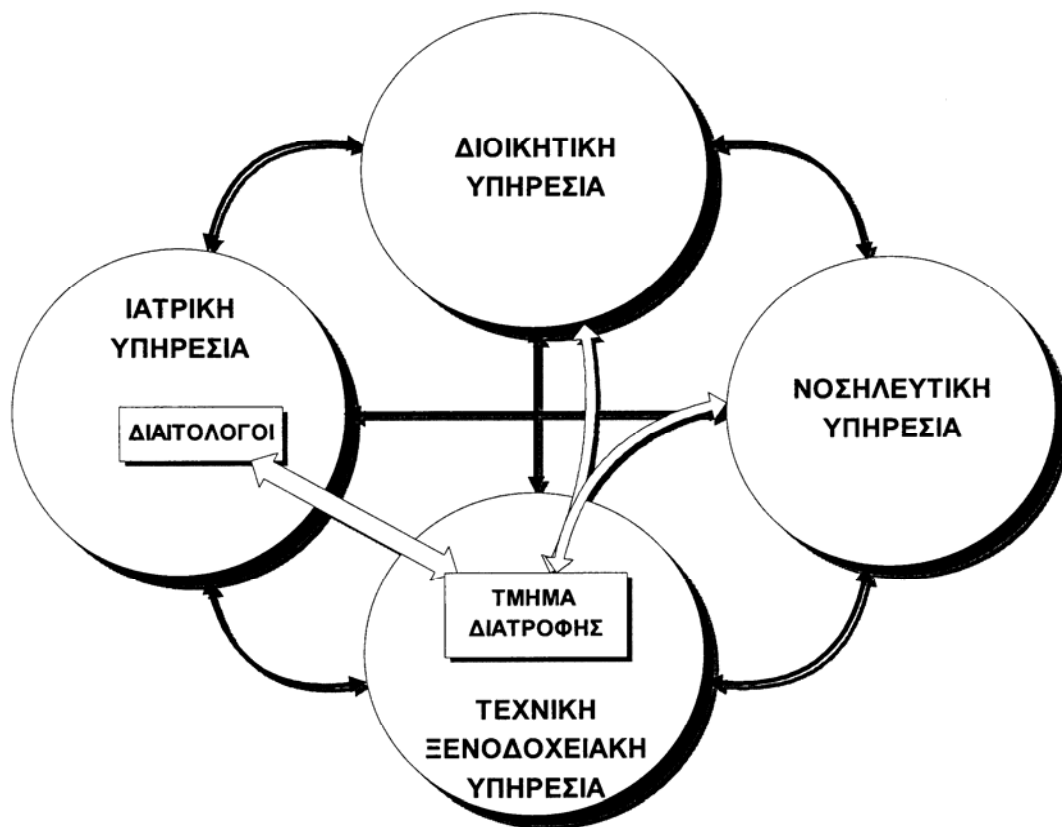
Σε κάθε Νοσοκομείο λειτουργεί Τμήμα ή Γραφείο Διατροφής στο οποίο ανήκουν οι δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διαμόρφωση διατροφικών σχημάτων νοσηλευομένων ασθενών με ελεύθερη ή ειδική διαιτητική αγωγή και με την πληροφόρηση και εκπαίδευση των νοσηλευομένων ασθενών.

Στα πλαίσια της πλήρους λειτουργικής ανάπτυξης των αρμοδιοτήτων και του αντικειμένου των Τμημάτων Διατροφής δημιουργήθηκαν τα Συμβουλευτικά Γραφεία Διατροφής, οι αρμοδιότητες των οποίων αφορούν:

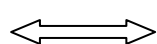
- ☛ Τους ασθενείς των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και ειδικότερα την διαμόρφωση ειδικών διαιτητικών σχημάτων ύστερα από σχετική ιατρική εντολή καθώς και πληροφόρηση και εκπαίδευση των ασθενών, που το νόσημα τους χρήζει συστηματικής διαιτητικής φροντίδας
- ☛ Την πληροφόρηση και εκπαίδευση του υγιούς πληθυσμού του ευρύτερου χώρου προς το Νοσοκομείο με ανάπτυξη συγκεκριμένων ομαδικών ή ατομικών προγραμμάτων πρωτοβάθμιας υγείας στη διατροφή, με στόχο την προστασία και προαγωγή της υγείας.

Στο Τμήμα εντάσσονται επίσης, οι επιστημονικές, οργανωτικές, εκπαιδευτικές και διοικητικές δραστηριότητες όλων όσων εμπλέκονται με τα τρόφιμα από την παραλαβή μέχρι και την διάθεση τους

Η οικονομική λειτουργία και η διοίκηση του τμήματος εντάσσονται στις δραστηριότητες της Διοικητικής Υπηρεσίας, ενώ η επιστημονική δραστηριότητα των Κλινικών Διαιτολόγων εντάσσεται στις δραστηριότητες της Ιατρικής Υπηρεσίας του κάθε Νοσοκομείου. Το Τμήμα Διατροφής εντάσσεται οργανικά στην Τεχνική και Ξενοδοχειακή Υπηρεσία.



Σύνδεση υπηρεσιών νοσοκομείου μεταξύ τους



Σύνδεση τμήματος διατροφής με άλλες υπηρεσίες

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

- 1) Διαμόρφωση διατροφικών σχημάτων ελεύθερων διατροφικά ασθενών
- 2) Ειδική διαιτητική αγωγή των νοσηλευομένων ασθενών καθώς και των ασθενών των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, ύστερα από ενυπόγραφη Ιατρική Εντολή
- 3) Πληροφόρηση και εκπαίδευση ασθενών που το νόσημα τους χρήζει συστηματικής διαιτητικής φροντίδας
- 4) Συνεχής επιμόρφωση των εργαζομένων στο Τμήμα σχετικά με το αντικείμενο της εργασίας τους.

ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ-ΓΡΑΦΕΙΑ

1. Προϊστάμενος
2. Διαιτολόγος
3. Γραφείο Διαχείρισης Τροφίμων
4. Αποθήκη Τροφίμων
5. Μαγειρείο
6. Υπεύθυνος Τραπεζοκόμων

7. Προσωπικό Εστίασης
8. Επόπτης Δημόσιας Υγείας
9. Τεχνολόγος Τροφίμων

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΡΟΛΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΥΘΥΝΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΥ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΟΥ

Προϊστάμενος

- ☛ Είναι Κλινικός Διαιτολόγος.
- ☛ Είναι υπεύθυνος για την ομαλή λειτουργία του τμήματος και τον προγραμματισμό, καταμερισμό και συντονισμό των εργασιών όλων των ειδικοτήτων που απασχολούνται στο τμήμα.
- ☛ Εισηγείται στη Διοίκηση για τις εκπαιδευτικές άδειες του επιστημονικού προσωπικού του Τμήματος, καθώς και για όλα τα θέματα που αφορούν το τμήμα.
- ☛ Είναι αρμόδιος για το έργο αξιολόγησης των εργαζομένων στο τμήμα.
- ☛ Προγραμματίζει, εκπονεί και υλοποιεί την ενδονοσοκομειακή εκπαίδευση των εργαζομένων του τμήματος.
- ☛ Συντάσσει -προαιρετικά- προγράμματα εκπαίδευσης για τους εκπαιδευόμενους φοιτητές Διαιτολογίας.
- ☛ Μεριμνά για την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων του ΚΕ.Σ.Υ.

Διαιτολόγος

- ☛ Συντάσσει διατροφικά σχήματα ειδικών διαίτων σύμφωνα με τις οδηγίες για την πορεία της νόσου.
- ☛ Διατηρεί διατροφικό ιστορικό για κάθε ασθενή με διαιτητικό πρόβλημα.
- ☛ Εκπαιδεύει και πληροφορεί ασθενείς με χρόνια διατροφικό πρόβλημα είτε είναι νοσηλευόμενοι ή των Εξωτερικών Ιατρείων.
- ☛ Παρακολουθεί την Ιατρική επίσκεψη και συνεργάζεται με τον θεράποντα γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό για την καλή παροχή διατροφικής φροντίδας.
- ☛ Συμμετέχει στις επιστημονικές δραστηριότητες του Νοσοκομείου που αφορούν την διατροφή (π. χ. έρευνες, μελέτες, κ. λ. π.)
- ☛ Συμμετέχει στην ομάδα εκπαίδευσης των φοιτητών
- ☛ Συμμετέχει στην Επιτροπή ποιοτικού ελέγχου τροφίμων.

Οι διατροφικές ανάγκες των νοσηλευομένων ασθενών ποικίλουν και εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ίδια τη νόσο, την πορεία της και την διατροφική κατάσταση των ατόμων. Στόχος της διαιτητικής φροντίδας είναι η εξασφάλιση της επαρκούς πρόσληψης τροφής για τη διατήρηση του βάρους, η ελαχιστοποίηση ελλείψεων θρεπτικών συστατικών, η πρόληψη και η καθυστέρηση εμφάνισης αναιμίας ή άλλων διατροφικών ελλείψεων, η επιδιόρθωση, αν είναι δυνατόν, των διατροφικών ελλείψεων, ο έλεγχος του σακχάρου του αίματος και της υπερλιπιδαιμίας, η επούλωση κατά την διάρκεια της ανάρρωσης, η μείωση παραγωγής αχρήστων υλικών που θα αποβληθούν από τους νεφρούς και η μείωση της θνησιμότητας.

ΕΙΔΗ ΔΙΑΙΤΩΝ

Οι τροποποιημένες δίαιτες χρησιμοποιούνται από άτομα με ειδικές δυσκολίες στην πρόσληψη, πέψη, απορρόφηση ή μεταβολισμό των τροφών, που συνήθως παρέχονται στις κανονικές δίαιτες.

Μερικές τυπικές τροποποιημένες δίαιτες που χρησιμοποιούνται είναι:

1. Υδρική δίαιτα

Περιλαμβάνει τροφές που είναι σε υγρή μορφή σε θερμοκρασία δωματίου, όπως γάλα, τσάι, ζελέ, κ. α. Παρέχει υγρά και μερικούς ηλεκτρολύτες με ελάχιστο υπόλειμμα. Συνήθως χρησιμοποιείται κατά την προεγχειρητική ή πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο, στα προβλήματα πεπτικού (στένωση οισοφάγου, κ. ά.), κατάγματα γνάθου, κ. λ. π.

2. Πολτώδης δίαιτα

Περιλαμβάνει υγρά και μαλακές στερεές τροφές (πουρές, κ. α.) Όταν χρησιμοποιούνται κρέατα, λαχανικά και φρούτα είναι αλεσμένα ή πολτοποιημένα. Η δίαιτα αυτή μπορεί να είναι θρεπτικά πλήρης, με εξαίρεση τις φυτικές ίνες. Είναι χαμηλή σε υπόλειμμα. Απαιτεί λίγη μάσηση και η συνήθης χρήση της αφορά την προεγχειρητική ή μετεγχειρητική περίοδο, δυσφαγία, οδοντικά προβλήματα, προβλήματα πεπτικού (κιρσούς οισοφάγου, κ. α.

3. Ελαφρά (α') δίαιτα

Περιλαμβάνει υγρές και στερεές τροφές τρυφερές, φτωχές σε φυτικές ίνες όπως: βραστά τρυφερά κρέατα, ραφινρισμένα δημητριακά, βραστά λαχανικά (κολοκυθάκια, καρότα), φρούτα ψητά ή κομπόστα. Η θρεπτικότητα της διαίτας αυτής είναι αντίστοιχη με της πολτώδους. Είναι φτωχή σε υπόλειμμα. Λόγω του ότι οι τροφές που χρησιμοποιούνται δεν είναι δύσκολες στη μάσηση και στην πέψη η δίαιτα μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη μετεγχειρητική περίοδο, σε οδοντικά

προβλήματα, διαφραγματοκήλη, σε προβλήματα πεπτικού, εκκολπωματίτιδα, κ.α.

4. Ελαφρά (β') δίαιτα

Περιλαμβάνει κρέατα και δημητριακά βραστά ή ψητά, λαχανικά βραστά ή ωμά, φρούτα ωμά, ψητά ή κομπόστα. Κατά την παρασκευή των φαγητών δεν προστίθεται αλάτι. Είναι πλήρης σε θρεπτικά συστατικά. Ανάλογα με την νόσο μπορεί να τροποποιηθεί και να χρησιμοποιηθεί ως:

- Ήπια δίαιτα στο πεπτικό έλκος, αποφεύγοντας τις τροφές που πιθανά προκαλούν γαστρικούς ερεθισμούς. Είναι σημαντικό οι τροφές να σερβίρονται σε πολλά μικρά γεύματα και σνακ κατά την διάρκεια της ημέρας, ώστε να ρυθμίζονται οι γαστρικές εκκρίσεις. Είναι πλήρης σε θρεπτικά συστατικά.
- Δίαιτα χαμηλή σε φυτικές ίνες ή φτωχή σε υπόλειμμα, που χρησιμοποιείται σε υποτροπή φλεγμονώδους νόσου του εντέρου, εκκολπωματίτιδα. Αποφεύγονται οι μηχανικής φύσης ερεθισμοί του γαστρεντερικού σωλήνα. Επειδή το γάλα περιορίζεται σε 1 ή 2 μερίδες την ημέρα, θα πρέπει να υπολογίζεται η πρόσληψη ασβεστίου. Μπορεί να είναι θρεπτικά πλήρης, εκτός των φυτικών ινών.
- Δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες για τη δυσκοιλιότητα, εκκολπωματίτιδα, αιμορροΐδες. Δεν αποκλείεται κανένα φαγητό, αντίθετα δίνεται έμφαση στη χρήση των δημητριακών ολικής αλέσεως, στα ωμά ή ελαφρώς μαγειρεμένα λαχανικά, ωμά φρούτα. Ενθαρρύνεται η λήψη τουλάχιστον 8 φλιτζανιών υγρών την ημέρα για την ενυδάτωση των φυτικών ινών και την παραγωγή μαλακών κοπράνων. Από θρεπτική άποψη είναι πλήρης.
- Δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες για εγκαύματα, τραυματισμούς, σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις, θεραπεία με κορτικοστεροειδή (τα στεροειδή αυξάνουν τη μετατροπή της πρωτεΐνης σε γλυκόζη), ηπατίτιδα. Ειδικότερα αυξάνει το μέγεθος της μερίδας του κρέατος, των γαλακτοκομικών προϊόντων, των αυγών. Για την κάλυψη των ενεργειακών αναγκών αναγκαία είναι η επαρκής πρόσληψη λίπους και υδατανθράκων. Είναι πλήρης σε θρεπτικά συστατικά.
- Δίαιτα φτωχή σε πρωτεΐνες: χρησιμοποιείται σε νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, όπου υπάρχει περιορισμένη ικανότητα μεταβολισμού ή απέκκρισης του αζώτου που ελευθερώνεται από τη διάσπαση των πρωτεϊνών. Στόχος της διατροφικής φροντίδας είναι η μείωση της παραγωγής αχρήστων ουσιών, που αποβάλλονται από τους νεφρούς, αποφυγή υπέρμετρης κατακράτησης υγρών και ηλεκτρολυτών που οδηγούν σε υπέρταση. Περιορίζεται η πρόσληψη κρέατος, πουλερικών, ψαριών, αυγών, γαλακτοκομικών προϊόντων, δημητριακών και αμυλούχων λαχανικών.

- Δίαιτα διαβητικών :κατάλληλη για τον έλεγχο της υπεργλυκαιμίας, καθορίζοντας την ποσότητα των τροφών που καταναλώνει καθώς και την ποσότητα των υδατανθράκων κατανεμημένων σε 3-6 (ή περισσότερα) γεύματα και σνακ σε προγραμματισμένες ώρες κατά την διάρκεια της ημέρας. Η διαίτα είναι επίσης χαμηλή σε χοληστερόλη και κορεσμένα λίπη για ελάττωση των επιπλοκών του διαβήτη. Είναι πλήρης σε θρεπτικά συστατικά.
- Δίαιτα φτωχή σε σάκχαρα .Συνήθως χρησιμοποιείται σε θεραπεία με κορτικοστεροειδή, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν δυσανοχή στη γλυκόζη. Περιορίζονται τα απλά σάκχαρα . Είναι πλήρης διατροφικά.
- Άλιπος δίαιτα: χρησιμοποιείται σε οξεία ή χρόνια παγκρεατίτιδα, διάρροια. Περιλαμβάνει άπαχα κρέατα βραστά ή ψητά στον ατμό, άπαχα γαλακτοκομικά προϊόντα, δημητριακά νερόβραστα, καλοβρασμένα τρυφερά λαχανικά με λίγο ελαιόλαδο, φρούτα ψητά ή κομπόστα.
- Δίαιτα καρδιοπαθών, για ασθενείς με καρδιολογικό ιστορικό. Είναι δίαιτα φτωχή σε κορεσμένα λίπη , χοληστερόλη και αλάτι, αποφεύγοντας τα μεγάλα γεύματα που αυξάνουν τον καρδιακό ρυθμό . Περιλαμβάνει επίσης ωμά ή βραστά λαχανικά και φρούτα ωμά ή μαγειρεμένα. Από θρεπτικής άποψης είναι πλήρης.
- Δίαιτα περιορισμού ή αποκλεισμού της λακτόζης, όταν υπάρχει έλλειψη λακτάσης (που μπορεί να είναι είτε πρωτοπαθής ή γενετικά καθορισμένη ή δευτεροπαθής λόγω καταστροφής του εντερικού βλεννογόνου από γαστρεντερίτιδα, κοιλιοκάκη, ακτινοθεραπείες του εντέρου, κ. λ. π.) Περιορίζονται το γάλα και τα γαλακτοκομικά προϊόντα, εκτός από τα σκληρά τυριά. Μερικά άτομα μπορούν να ανεχθούν μικρές ποσότητες γάλακτος και κατεργασμένων προϊόντων του γάλακτος . Μπορεί να είναι πλήρης, αλλά πρέπει να υπολογιστεί η πρόσληψη ασβεστίου.
- Δίαιτα χωρίς γλουτένη για ασθενείς που πάσχουν από Εντεροπάθεια λόγω ευαισθησίας στη Γλουτένη (κοιλιοκάκη). Η πρόσληψη γλουτένης, μιας πρωτεΐνης που βρίσκεται στα περισσότερα δημητριακά, προκαλεί καταστροφή του εντερικού βλεννογόνου στα άτομα με την πάθηση αυτή. Αποφεύγεται το σιτάρι, το κριθάρι, η σίκαλη, η βρώμη καθώς και όλα τα προϊόντα που παρασκευάζονται από τα δημητριακά αυτά.
- Δίαιτα φτωχή σε φαινυλαλανίνη για τα άτομα που πάσχουν από φαινυλκετονουρία (PKU).
- Δίαιτα φτωχή σε τυραμίνη ή σε αναστολέα μονοαμινικής οξειδάσης (ΜΑΟΙ). Χρησιμοποιείται για όσο χρονικό διάστημα το άτομο παίρνει ΜΑΟΙ, μια κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που περιλαμβάνει τη φαινελζίνη, την

ισοκαρβοξυσίδη, την τρανυλοκυπρομίνη. Ο σχηματισμός τυραμίνης και ντοπαμίνης λόγω προχωρημένης ηλικίας, διάσπασης πρωτεϊνών και σήψης των τροφών μπορεί να προκαλέσει κεφαλαλγία και υπερτασική κρίση.

Αποφεύγονται το συκώτι, τα οينوπνευματώδη, οποιεσδήποτε πολυκαιρισμένες, παστές, ζυμωμένες ή καπνιστές πρωτεϊνικές τροφές (τυριά, καπνιστά ή αποξηραμένα κρέατα, παστά αποξηραμένα ή καπνιστά ψάρια, παστός μπακαλιάρος), τα εκχυλίσματα του κρέατος, το γιαούρτι, η σάλτσα σόγιας, η σοκολάτα, το σπιτικό ζυμωμένο ψωμί, οι μπανάνες, το αβοκάντο, τα σύκα, οι σταφίδες, η φάβα και οι μελιτζάνες. Περιορίζουμε σε 1 μικρό πορτοκάλι και 14 του φλιτζανιού ντομάτα την ημέρα. Από θρεπτικής απόψεως είναι πλήρης.

ΔΙΑΙΤΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

- Δίαιτα δοκιμασίας 5-ύδροξυ-ινδολοξικού οξέος (5-HIAA). Ακολουθείται για 3 μέρες περίπου πριν και κατά τη διάρκεια της 24ωρης συλλογής ούρων για 5-HIAA. Χρησιμοποιείται στη διάγνωση και παρακολούθηση των καρκινοειδών, τα οποία εκκρίνουν σεροτονίνη που μεταβολίζεται στο συκώτι σε 5-HIAA. Παραλείπονται τροφές που περιέχουν σεροτονίνη : αβοκάντο, μπανάνες, μελιτζάνες, δαμάσκηνα, ντομάτες και καρύδια.
- Δίαιτα 300 gr υδατανθράκων. Ακολουθείται για 3 περίπου μέρες πριν από την δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη, γιατί δίαιτα φτωχή σε υδατάνθρακες μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα ψευδώς παθολογική δοκιμασία. Μια ισορροπημένη δίαιτα περιλαμβάνει 300 gr υδατανθράκων ή περισσότερο.
- Δίαιτα δοκιμασίας βανιλυνομανδελικού οξέος (VMA). Ακολουθείται για 3 περίπου μέρες πριν και κατά τη διάρκεια της 24ωρης συλλογής ούρων για VMA. Η δοκιμασία χρησιμοποιείται στη διάγνωση του φαιοχρωμοκυττώματος, έναν όγκο των επινεφριδίων που εκκρίνει υψηλά επίπεδα επινεφρίνης ή και νορεπινεφρίνης. Το VMA είναι ένα προϊόν του μεταβολισμού αυτών των ουσιών. Μερικές τροφές αυξάνουν τα επίπεδα του VMA.
- Αποκλείονται από την διατροφή τα μήλα, οι μπανάνες, τα εσπεριδοειδή, η βανίλια και οι τροφές που περιέχουν βανίλια, οι ντομάτες και τα κολοκύθια. Απαγορεύεται η χρήση καφεΐνης (καφές, τσάι, αναψυκτικά τύπου cola, σοκολάτα).
- Δίαιτα 100 gr λίπους. Ακολουθείται για περίπου 3 μέρες πριν και 3 μέρες κατά τη διάρκεια της 72ωρης συλλογής κοπράνων για ανίχνευση λίπους. Χρησιμοποιείται στη διερεύνηση στεατόρροιας και δυσαπορρόφησης. Οι ενήλικες δεν θα πρέπει να αποβάλλουν περισσότερο από 5 gr λίπους

ημερησίως με τα κόπρανα. Τα παιδιά δεν θα πρέπει να αποβάλλουν περισσότερο από 5-7 % του λίπους. Το ημερήσιο διαιτολόγιο πρέπει να περιέχει 100 gr λίπους χρησιμοποιώντας μαργαρίνη, βούτυρο, λάδι, κρέας, πλήρες γάλα, αυγά, κ. λ. π. Καταγράφονται σε ημερολόγιο οι τροφές που καταναλώνονται και το λίπος των κοπράνων εκφράζεται σαν ποσοστό της πρόσληψης αυτού.

Σύνοψη - Συμπεράσματα

Τα τελευταία έτη, στις περισσότερες χώρες, και ιδιαίτερα στις ευρωπαϊκές, τα συστήματα υγείας τείνουν προς ενδιάμεσες μορφές μεικτής οργάνωσης. Ο δημόσιος τομέας, είτε ως εθνικό σύστημα, είτε ως κοινωνική ασφάλιση, συνυπάρχει με τον ιδιωτικό, ενώ όλο και περισσότερο αναπτύσσονται ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές ιατρικές υπηρεσίες. Η συνύπαρξη αυτή οδηγεί στην ταυτόχρονη παρουσία των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων και των δύο κατηγοριών. Σε χώρες όπου έχει εφαρμοστεί με επιτυχία η σύζευξη των διαφορετικών μορφών, όπως η Μ. Βρετανία και οι Σκανδιναβικές χώρες, επικρατούν τα πλεονεκτήματα. Αντίθετα, σε λιγότερο πετυχημένες περιπτώσεις, όπως αυτή της Ελλάδας, όπου συνυπάρχει σχεδόν ισότιμα το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) με την κοινωνική ασφάλιση και τον ιδιωτικό τομέα, τα μειονεκτήματα είναι πιο εμφανή από τα πλεονεκτήματα.

Τα συστήματα υγείας στις περισσότερες χώρες είναι υπό την χρηματική πίεση με αποτέλεσμα να κρίνεται αναγκαίος ο καθορισμός προτεραιοτήτων για την πιο εύκολη κατανομή των πόρων. Είναι φανερό ότι οι προτεραιότητες των υπηρεσιών επηρεάζονται από τις συμπεριφορές κουλτούρας των χωρών. Δεν υπάρχει ένας μόνο τρόπος ή μία μόνο σωστή μέθοδος να ορίσεις προτεραιότητες στα συστήματα υγείας. Κάθε χώρα πρέπει να βρει τον δικό της τρόπο.

Όσον αφορά το εθνικό σύστημα υγείας είναι φανερό πως παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα οργάνωσης, χρηματοδότησης και λειτουργίας. Η επίλυση των προβλημάτων απαιτεί ριζικές τομές και ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις, προκειμένου οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα να μπορέσουν να επιτύχουν τους στόχους τους και να εκπληρώσουν την αποστολή τους.

Πρόχειρες εκτιμήσεις υποδηλώνουν ότι το κόστος θεραπείας των ασθενειών που συνδέονται με την διατροφή είναι τεράστιο και ανέρχεται σε εκατομμύρια ευρώ. Ωστόσο, παρά την οικονομική επιβάρυνση, που προκαλούν οι ασθένειες που εξαρτώνται ως ένα βαθμό από την διατροφή, στα συστήματα υγείας και στις οικονομίες των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεν έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή στο θέμα της διατροφής στα συστήματα υγείας. Κλινικές και πειραματικές έρευνες ενοχοποιούν διατροφικούς παράγοντες για μεγάλο μέρος του σύγχρονου νοσολογικού φάσματος των αναπτυγμένων χωρών. Η διατροφή σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες του τρόπου ζωής, σχετίζεται με αρκετά διαδεδομένες ασθένειες όπως είναι η παχυσαρκία, ο διαβήτης, ορισμένες μορφές καρκίνου και καρδιαγγειακές παθήσεις.

Ασθενείς που πάσχουν από οξεία ή χρόνια νοσήματα αντιμετωπίζονται καθημερινά σε διάφορα ιδρύματα, όπως νοσοκομεία, κέντρα αποκατάστασης, κέντρα

παρατεταμένης φροντίδας, κλινικές, ιατρεία καθώς και στα σπίτια τους. Η διαιτητική παρέμβαση αποτελεί σημαντικό τμήμα της θεραπείας σε ενδονοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή βάση. Συμπληρώνει οποιαδήποτε ιατρική ή χειρουργική θεραπευτική αγωγή και αρκετές φορές αποτελεί την κύρια μορφή θεραπείας για την αντιμετώπιση της νόσου. Γι' αυτό η διατροφική φροντίδα αποτελεί ένα βασικό υποστηρικτικό μέσο, που μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση της επιθυμητής λειτουργικότητας αλλά και της ποιότητας ζωής.

Τα τελευταία χρόνια οι επιστήμονες της υγείας άρχισαν να αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερο σκεπτικισμό τις συνθήκες ζωής του πληθυσμού μέσα στην κοινότητα καθώς και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία. Επομένως, θα πρέπει πλέον να καταλήξουν στο συμπέρασμα πως στον σχεδιασμό των στρατηγικών για την πρόληψη των ασθενειών και την προώθηση της υγείας θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη οι εξής παράμετροι:

- ☒ ο **τρόπος ζωής** του πληθυσμού (**lifestyle**). Με τον όρο **τρόπο ζωής** ορίστηκε ένα σύνολο καθιερωμένων / επαναλαμβανόμενων συμπεριφορών του ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων σχετιζόμενες με την υγεία (με κυριότερη τη διατροφή αλλά και την κατάχρηση αλκοόλ, το κάπνισμα, η καθιστική ζωή και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας). Αυτές οι σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές μπορεί να είναι συνειδητές ή όχι και υπαγορεύονται από τις εκάστοτε προσωπικές αντιλήψεις, πεποιθήσεις, αξίες του ατόμου ή της ομάδας των ατόμων, καθώς και από τις κοινωνικές, πολιτικές και πολιτισμικές συνθήκες-επιρροές που επικρατούν στο περιβάλλον του ατόμου.
- ☒ ο ρόλος της **κοινότητας (community)** στην προσπάθεια προώθησης της υγείας. Ο όρος **κοινότητα** αναφέρεται στην πόλη, την κοινότητα ή νομό όταν πρόκειται για αραιοκατοικημένες περιοχές. Ενώ στις πολυπληθείς μητροπολιτικές περιοχές ο όρος κοινότητα μπορεί να αποδοθεί στο σχολείο, στο χώρο εργασίας ή στη γειτονιά κλπ. Δηλαδή στα πλαίσια της Γενικής Αναφοράς για την Προώθηση της Υγείας και της Πρόληψης των Ασθενειών οι επιστήμονες της υγείας αντιλήφθηκαν πως οι επιλογές, οι αντιλήψεις και τελικά οι συμπεριφορές των ατόμων σχετικά με την υγεία καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό και από τις κοινωνικές και πολιτικές αρχές που διέπουν το **περιβάλλον** μέσα στο οποίο ζουν. Αυτές οι κοινωνικές και πολιτικές αρχές καθορίζονται από τις εθνικές κυβερνήσεις κάθε χώρας καθώς και από τις τοπικές πολιτικές ηγεσίες (δήμαρχος, δημοτικό συμβούλιο). Επομένως γίνεται αντιληπτό πως η διαμόρφωση συμπεριφορών για την προώθηση της υγείας δεν είναι εφικτή χωρίς την συμμετοχή των εθνικών κυβερνήσεων και την

συνεργασία των φορέων τοπικής αυτοδιοίκησης. Με άλλα λόγια οι διεθνείς κυβερνήσεις διατηρούν την ικανότητα προώθησης της δημόσιας υγείας μέσω των παρακάτω μηχανισμών :

- Δημιουργία νομοθετικού πλαισίου στήριξης και προώθησης της δημόσιας υγείας.
- Διανομή και καταμερισμό των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες και τις προτεραιότητες κάθε περιοχής.
- Παροχή υλικοτεχνικής υποστήριξης.
- Δημιουργία δικτύων συλλογής πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία ώστε στην συνέχεια να είναι δυνατή η αξιολόγηση των αναγκών υγείας κάθε περιοχής.

☒ **Η συνεργασία όλων των φορέων προώθησης της υγείας.** Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν όλοι εκείνοι οι φορείς που μπορούν να επηρεάσουν και τελικά να διαμορφώσουν συμπεριφορές που προάγουν την υγεία και μπορούν να ταξινομηθούν στις παρακάτω 3 κατηγορίες:

- i) σε τοπικό επίπεδο (κέντρα υγείας)
- ii) σε εθνικό επίπεδο (υπουργείο υγείας)
- iii) σε διεθνές επίπεδο (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, U.N.I.C.E.F κ.α)

☒ **η εκπαίδευση των πολιτών σε θέματα υγείας (health education).**

Οι υπεύθυνοι προαγωγής της υγείας προσπάθησαν να επιτύχουν την εκπαίδευση των πολιτών σε θέματα υγείας μέσα από τη δημιουργία προγραμμάτων εκπαίδευσης και ενημέρωσης των πολιτών με απώτερο στόχο την πρόληψη διαφόρων νοσημάτων και τελικά την προώθηση της υγείας. **Ο όρος εκπαίδευση των πολιτών σε θέματα υγείας** έτσι όπως ορίστηκε στο 1^ο Διεθνές Συνέδριο Δημόσιας Υγείας στην Οττάβα του Καναδά το 1986, είναι η διαδικασία που αποσκοπεί στη διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς, τα οποία προάγουν την σωματική, πνευματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου και στην υιοθέτηση τους από αυτό, ώστε να επιτευχθεί η ενεργός συμμετοχή του στον τομέα της προστασίας της υγείας. Η εκπαίδευση σε θέματα υγείας βοηθά τους πολίτες να αναγνωρίσουν τα προβλήματα υγείας, τις πολιτιστικές και κοινωνικές συνέπειες τους καθώς και τις κατάλληλες ατομικές αποφάσεις και στρατηγικές της κοινότητας για την προώθηση της δημόσιας υγείας. Επιπλέον στο παραπάνω συνέδριο δόθηκαν και οι ορισμοί της υγείας και της προαγωγής της υγείας. Έτσι ως **υγεία** ορίζεται η κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας. **Σκοπός** της Προαγωγής της Υγείας είναι η διαμόρφωση των

κοινωνικών και πολιτικών δράσεων, οι οποίες με την σειρά τους θα διαμορφώσουν τις απαραίτητες οργανωτικές, οικονομικές και περιβαλλοντικές δομές που με την σειρά τους θα στηρίζουν τις ατομικές δράσεις προς την κατεύθυνση της προαγωγής της υγείας και της βελτίωσης της ποιότητας ζωής.

Βιβλιογραφία

1. Honigsbaum F. “Priority setting in Health Policy and Health Care”
2. Tountas Y, Stefannson H., Frissiras S “ Health reform in Greece: planning and implementation of a national Health system” 1996
3. Department of Health. An action plan from the nutrition task force to achieve the Health of the Nation targets on diet and nutrition. London: Department of Health, 1996
4. Wensing M, Grol R. “ Single and combined strategies for implementing changes in primary health care: A Literature review” Int J Qual Health Care 1996
5. Liaropoulos L. “ Health services financing in Greece: a role for private health insurance” 1996
6. “Citizens and Health systems” Main results from a Eurobarometer Survey Committee of the European Community 1996
7. Garrow JS, James WPT. “Human Nutrition and Dietetics” UK. 1996
8. European Association for the study of Diabetes (EASD) “Diabetes and Nutrition Study group. Recommendations for health care professionals in the nutritional management of patients with diabetes” Diabetes, Nutrition and Metabolism 1996
9. Maynard A, Bloor K. “Introducing a market into the United kingdom’s National Health Service” 1997
10. Abel-Smith B., Figueras J., Holland W., McKee M., Mossialos E., “Choises in Health Policy: an Agenda for the European Union” 1997
11. Doyle MM. “ Practical management of eating disorders ” Proc Nutr Soc 1997
12. Mant D., Murray S. “ Effectiveness of dietary intervention in general practice” 1997
13. Conor WE. “The decisive influence of diet on the progression and reversibility of coronary heart disease” 1997
14. Maynard A, Chalmers I. “ Non-Random Reflections on Health Services Research” 1997

15. Yudkin JS, Blauth C, Drury et al. “ Prevention and management of cardiovascular disease in patients with diabetes mellitus: an evidence base”
16. Κυριόπουλος Γ. “Οι δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα” 1998
17. Flynn MAT. “ Fear of fatness and adolescent girls: implications for obesity prevention” 1998
18. Department of Health “ A First Class Service: Quality in the New NHS ” England 1998
19. Mossialos E. “Citizens and Health systems: main results from a Eurobarometer survey” 1998
20. Tragakes E. “Public/private financing in the Greek health care system: implications for equity” 1998
21. Elwyn GJ. “ Professional and practice development plans for primary care teams” 1998
22. Lerrer LB., Lopez AD. , Kjellstrom T., Yach D. “ Health for all: analyzing health status and determinants” 1998
23. Dalton S. “The dietitians’ philosophy and practice in multidisciplinary weight management” 1998
24. Van Horn L. “The dietitian’s role in developing and implementing the first federal obesity guidelines” 1998
25. Cowburn G, Hillsdon M, Hankey CR. “ Obesity management by lifestyle strategies” 1998
26. Wood D. “European and American recommendations for coronary heart disease prevention” 1998
27. National Heart , Lung and Blood Institute “ Clinical guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults” 1998
28. Whelton PK et al. “Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension” 1999
29. American Dietetic Association. “ Medical Nutrition Therapy Protocols ” 2nd edition 1999
30. Escott – Stump S. “ Nutrition and Diagnosis – Related Care ” 4th edition, 1999

31. Barlow SE, Dietz WH. "Obesity evaluation and treatment: Expert committee recommendations" 1999
32. Rippe J. "Obesity as a chronic disease. Modern medical and lifestyle management" 1999
33. Beyer PL. "Gastrointestinal disorders: Roles of nutrition and the dietetics practitioner" 1999
34. Maynard A. "Health care rationing in United Kingdom: Principles and practice" 1999
35. Gil Canlda I. "Nutrition and Primary Care" 1999
36. Petridou E., Mossialos E., Papoutsakis G., Skalkidis Y., Tountas Y., Velonakis E. "Public Health Policies in Greece" 1999
37. Scally G, Donaldson L. "Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England" 1999
38. Becker et al. "Eating disorders" 1999
39. Zeman FJ, Ney DM. "Applications in Medical Nutrition Therapy" 1999
40. American Diabetes Association. "Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus" 1999
41. Purnell B. "The role of the dietitian in the diabetes care" Diabetes and Primary care 1999
42. Scally G. Donaldson L.J. "Clinical governance and the drive for quality improvement in the new National Health System in England" British Medical Journal 1999
43. Athanassopoulos AD, Gounaris C, Sissouras A. "A descriptive assessment of the production and cost efficiency of general hospitals in Greece" Health Care Management Science 1999
44. Kolasa K. "'Images' of nutrition in medical education and primary care" 2000
45. Moor H., Adamson A., Gill T, Waine C. "Nutrition and the Health Care agenda: a primary care perspective" 2000
46. Souliotis K. "The role of the private sector in the Greek Health System" 2000

47. European Association for the study of Diabetes (EASD) “Diabetes and Nutrition Study group. Recommendations for the nutritional management of patients with diabetes mellitus” European Journal of Clinical Nutrition 2000
48. World Health Organization. Definition Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. WHO 2000
49. Tountas Y., Karnaki P., Pavi E. “ Reforming the reform: the greek national health system in transition 2001
50. Center for Health Services Research. Health Services in Greece. Ministry of Health and Welfare, Athens 2001
51. Elsevier “Health Policy” 2002
52. “Σημειώσεις οργάνωσης και διαχείρισης μονάδων διατροφής” 2002-2003